



**You have downloaded a document from  
RE-BUŚ  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Zachowania prozdrowotne i ryzykowne młodzieży u progu dorosłości oraz ich poznawcze i temperamentalne wyznaczniki

**Author:** Julia Łosiak

**Citation style:** Łosiak Julia. (2014). Zachowania prozdrowotne i ryzykowne młodzieży u progu dorosłości oraz ich poznawcze i temperamentalne wyznaczniki. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Rozprawa doktorska

Julia Łosiak

**Zachowania prozdrowotne i ryzykowne młodzieży u progu dorosłości  
oraz ich poznawcze i temperamentalne wyznaczniki**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem

dr hab. Małgorzaty Górnik-Durose

Katowice, 2014

Składam serdecznie i gorące podziękowanie Pani dr hab. Małgorzacie Górnik-Durose za inspiracje, wskazówki merytoryczne i wsparcie, jakie otrzymałam podczas przygotowania tej rozprawy.

Z wyrazami podziękowania i szacunku

Julia Łosiak

## **Spis treści**

Wstęp 6

### **Rozdział 1**

Młodzież u progu dorosłości a zachowania związane ze zdrowiem 12

1.1. Późna adolescencja w biegu życia 12

1.2. Późna adolescencja jako okres znaczący dla kształtowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych 17

### **Rozdział 2**

Zachowania prozdrowotne i ich występowanie 21

2.1. Definicje zachowań prozdrowotnych 21

2.2. Badania na temat częstości występowania zachowań prozdrowotnych wśród dorosłych 24

2.3. Występowanie zachowań prozdrowotnych u adolescentów 32

### **Rozdział 3**

Zachowania ryzykowne i ich występowanie 41

3.1. Definicje zachowań ryzykownych 41

3.2. Badania na temat częstości występowania zachowań ryzykownych wśród dorosłych 44

3.3. Występowanie zachowań ryzykownych u adolescentów 49

## Rozdział 4

Psychologiczne wyznaczniki i mechanizmy podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych 63

4.1. Mechanizmy podejmowania zachowań prozdrowotnych – przegląd koncepcji 63

4.2. Poczucie własnej skuteczności 70

4.3. Koncepcja zdrowia, przekonania na temat zdrowia 74

4.4. Subiektywna percepcja zdrowia 83

4.5. Temperamentalne wyznaczniki zachowań 86

4.5.1. Biologiczna teoria poszukiwania doznań Zuckermana 87

4.5.2. Regulacyjna Teoria Temperamentu Strelaua. Struktury temperamentu. 89

4.6. Przekonania dotyczące stymulującej wartości zachowań ryzykownych (stymulacyjna wartość zachowań ryzykownych) i percepcja ryzyka 94

## Rozdział 5

Problem i metoda badań własnych 98

5.1. Cel badań, pytania i hipotezy badawcze 98

5.2. Zmienne oraz ich operacjonalizacja 105

5.3. Narzędzia badawcze 106

5.4. Procedura 110

5.5. Grupa badana 111

## Rozdział 6

Wyniki badań własnych 113

Rozdział 7

Podsumowanie i dyskusja wyników 179

Literatura cytowana 200

Streszczenie 223

Abstract 226

Aneks nr 1 228

Aneks nr 2 233

## Wstęp

Niniejsza rozprawa dotyczy zachowań prozdrowotnych i ryzykownych młodzieży analizowanych w kontekście posiadanej koncepcji zdrowia, przekonań na temat własnej skuteczności oraz cech temperamentu. Większość badań z zakresu psychologii zdrowia koncentruje się na osobach dorosłych, mających już ukształtowane nawyki i określone przekonania. Uwzględnienie w badaniach młodzieży stwarza możliwość uchwycenia okresu kształtowania się zachowań i przekonań związanych ze zdrowiem.

Proponowane badania własne nad wyznacznikami zachowań prozdrowotnych i ryzykownych są wynikiem refleksji oraz analizy literatury i badań przeprowadzonych wśród młodzieży na temat podejmowania tychże zachowań. Uwzględniają one również doświadczenia specjalistów związane z pracą z młodzieżą w różnych placówkach szkolnych. Dogłębne poznanie uwarunkowań podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych niesie ze sobą - oprócz korzyści naukowych - wiele implikacji praktycznych. Dzięki takiej wiedzy i badaniom zwiększa się skuteczność działań profilaktycznych skierowanych do młodych ludzi. Dodatkowo, opierając się na standardach Szkoły Promującej Zdrowie, która dąży do osiągnięcia celów i realizuje zadania określone w podstawach programowych kształcenia ogólnego, istnieje możliwość stworzenia programu kształtującego umiejętności indywidualne i społeczne uczniów, związane z szeroko rozumianą promocją zdrowia, a także zawierającego propozycje alternatywnych form aktywności w czasie wolnym oraz działania profilaktyczne, skupione na zapobieganiu powstaniu negatywnych zjawisk. Z uwagi na to, że w samej swojej definicji profilaktyka (prewencja) polega na działaniu podejmowanym po to, aby zapobiec pojawieniu się lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów, zjawisk i jej istotą jest przeciwdziałanie zagrożeniom (Woynarowska, 2007), łączy się ją z zapobieganiem zachowaniom ryzykownym. Dlatego też we współczesnej profilaktyce zachowań ryzykownych podkreśla się ważną rolę jaką odgrywają tzw. czynniki chroniące i czynniki ryzyka. Czynniki te są zmiennymi indywidualnymi i środowiskowymi, które wiążą się z prawdopodobieństwem występowania zachowań zagrażających rozwojowi młodego człowieka (Ostaszewski, 2003).

Same badania nad czynnikami ryzyka pokazują, że jednym z ważniejszych jest preferowany styl życia, uwzględniający na przykład przebywanie wśród znajomych, którzy

piją alkohol lub używają innych substancji oraz pozytywne oczekiwania co do bezpośrednich skutków działania tych substancji. Inne czynniki, związane są z cechami osoby sprzyjającymi powstawaniu zachowań szkodliwych dla zdrowia, są to: wysoki poziom lęku i niepokoju, niska samoocena, słaba kontrola wewnętrzna, nierealistyczne oczekiwania wobec siebie i otoczenia (Szymańska, 2002). Z kolei czynniki chroniące to takie właściwości indywidualne i środowiskowe, które wzmacniają ogólny potencjał zdrowia jednostki. Są to między innymi predyspozycje i właściwości indywidualne - takie jak zrównoważony temperament czy umiejętności osobiste i społeczne, kontrola własnego zachowania (Scheier, Carver, 2003) lub cechy środowiska – wsparcie emocjonalne, wsparcie ze strony innych osób, przyjaźnie (Garmezy, 1985). Wymieniane są również bliskie więzi z rodzicami oraz przestrzeganie powszechnie uznawanych norm i wartości, w tym zaangażowanie religijne (Hawkins, 1992).

We współczesnej profilaktyce mocno podkreśla się wagę czynników chroniących, bowiem uważa się, iż poprzez uwzględnienie ich w procesie rozwojowym jednostki oraz ich wzmacnianie można uzyskać pozytywne efekty prewencyjne. Programy koncentrują się na wspieraniu pozytywnego rozwoju młodych ludzi, a oddziaływanie podejmowane w tym nurcie to przede wszystkim rozwój więzi, poczucia własnej skuteczności, rozwój duchowości, kompetencji społecznych, emocjonalnych i moralnych. Profilaktyka zintegrowana zmierza do wzmacniania czynników chroniących. W tym miejscu warto także podkreślić, iż właśnie takie rezultaty można osiągnąć, stosując odpowiednie strategie edukacyjne, których celem jest pomoc młodym ludziom w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych, oraz strategie alternatyw, których celem jest pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb oraz osiąganie satysfakcji życiowej przez stwarzanie możliwości zaangażowania w działalność pozytywną (artystyczną, społeczną, sportową). Niemniej istotne są także strategie informacyjne – ich celem jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i tym samym umożliwienie dokonywania racjonalnych wyborów - czy też strategie interwencyjne - których celem jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych - oraz strategie zmniejszania szkód - gdzie istotnym jest chronienie społeczeństwa i samej jednostki przed skutkami jej ryzykownych zachowań (dotyczą one wybranej grupy najwyższego ryzyka) (Gaś, 2006). Łącznie takich działań daje szerokie możliwości w pracy profilaktycznej z uczniem.



Skoncentrowanie analiz na adolescentach wiąże się ściśle z postrzeganiem młodzieży u progu dorosłości jako znaczącej grupy ludzi, stojących przed ważnymi decyzjami w swoim życiu. Jednocześnie warto podkreślić, iż tocząca się od wielu lat dyskusja nad wzmocnieniem funkcji wychowawczej szkoły, skłania do przyjrzenia się Szkolnym Programom Profilaktyki i rozporządzeniom ministerialnym, kładącym szczególny nacisk na działalność profilaktyczną, ściśle związaną z planowaniem, tworzeniem i rozwojem kariery zawodowej (inaczej określanej jako orientacja zawodowa, doradztwo zawodowe lub poradnictwo zawodowe) wśród młodzieży w tym właśnie wieku. Ta kategoria wiekowa pozwala przyjrzeć się także, czy dotychczasowe działania profilaktyczne, prowadzone głównie przez szkołę, po części przez rodziców i w środowisku lokalnym, były skuteczne oraz jaką rolę spełnia edukacja we wszechstronnym rozwoju ucznia w tym wieku, mając za zadania wyposażać go nie tylko w wiedzę, ale i umiejętności poznawcze i kompetencje społeczne. To moment, w którym młodzi ludzie stoją przed wyborem dalszej drogi życiowej, chcą poszerzenia wiedzy o nich samych, pobudzenia zainteresowań dotyczących ich przyszłości, ukazania możliwości w zakresie wyboru kierunku kształcenia, lepszego zrozumienia znaczenia wymarzonych zawodów w podejmowanych decyzjach zawodowych. Stojąc przed wyborem pomiędzy decyzjami osobistymi, analizują aspekty swojej osobowości i próbują rozwijać w dużej mierze samodzielne wybory, które mogą stać się początkami ich dalszej drogi poszukiwania siebie, rozwoju i realizacji kolejnych zadań, związanych z dorosłością.

W analizach teoretycznych i empirycznych w ramach niniejszej rozprawy uwzględnione będą dwa rodzaje czynników, które są wymieniane w literaturze jako mające wyraźne związki z występowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych: czynniki poznawcze, przede wszystkim posiadana koncepcja zdrowia, a także przekonania dotyczące konsekwencji zachowań, własnej skuteczności i subiektywna percepcja własnego zdrowia oraz czynniki temperamentalne.

W przypadku poznawczych uwarunkowań zachowań prozdrowotnych współczesne koncepcje (por. Heszen, Sęk, 2007; Łuszczynska, 2004) akcentują rolę przekonań dotyczących własnej skuteczności, oceny ryzyka zachorowania oraz przewidywań związanych z podejmowanymi działaniami promującymi zdrowie. Zwracano również uwagę na znaczenie posiadanej koncepcji zdrowia (John-Borys, 2002). Można oczekiwać,

że przekonania tego rodzaju mogą być również powiązane z występowaniem zachowań ryzykownych.

W badaniach własnych uwzględniono koncepcję zdrowia, oczekiwania dotyczące podejmowanych zachowań, subiektywną percepcję własnego zdrowia oraz poczucie własnej skuteczności. Koncepcja zdrowia to złożony konstrukt, który proponuje się zoperacjonalizować jako percepcję atrybutów i kryteriów zdrowia oraz lokowanie zdrowia pośród innych wartości. Oczekiwania dotyczące podejmowanych zachowań pełnią funkcję motywacyjną. Przyjmuje się istnienie różnej motywacji w przypadku zachowań ryzykownych i prozdrowotnych, dlatego też w badaniach będzie uwzględniona ocena stymulującej wartości zachowań ryzykownych i ocena prozdrowotnej wartości zachowań sprzyjających zdrowiu. Subiektywna percepcja własnego zdrowia w momencie badania jest uwzględniona jako zmienna powiązana z czynnikami poznawczymi i podejmowanymi zachowaniami. Natomiast cechy temperamentu są wymieniane w literaturze przede wszystkim jako indywidualne wyznaczniki zachowań ryzykownych (Strelau, 2002a).

Jak widać w niniejszej pracy analizy dotyczą czynników z poziomu indywidualnego. Trudno jednak przy okazji omawiania indywidualnych czynników chroniących i czynników ryzyka, nie wspomnieć o roli czynników społecznych i kulturowych. Dla promowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz prewencji zachowań szkodliwych dla zdrowia u młodzieży istotne jest również rozwijanie strategii wzmacniania czynników chroniących na poziomie rodziny, grupy rówieśniczej oraz zmniejszenie wpływu środowiskowych czynników ryzyka.

Samo środowisko domowe wpływa z jednej strony bezpośrednio na zdrowie dzieci, z drugiej ma wpływ na kształtowanie się postaw młodych ludzi wobec podejmowania niektórych zachowań ryzykownych. W celu przeciwdziałania podejmowaniu takich zachowań należy prowadzić zajęcia edukacyjne, warsztaty profilaktyczne wśród dzieci, młodzieży, osób dorosłych, takie które będą zwiększać wiedzę związaną z ryzykiem podejmowania takich zachowań, kształtują właściwe postawy i umiejętności niezbędne w podejmowaniu działań zmierzających do ograniczenia takich zachowań, a jednocześnie zastępowanie ich zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu (Wojnarowska, 2007).

Na poziomie rodzinnym powinno się wspierać rodziców dorastających nastolatków w efektywnych oddziaływaniach wychowawczych, konsekwencji w działaniach i

przedstawianiu konkretnych oczekiwań wobec swojego dziecka, szczególnie właśnie w tym okresie rozwojowym, zważywszy na następujące wówczas zmiany w postrzeganiu autorytetu samych rodziców przez młodych ludzi (Lopez, 2004; Skałbana, 2009). Ważne są relacje pomiędzy rodzicem a nastolatkiem, ich wzajemna więź, wsparcie rodzicielskie i zaangażowanie w życie dorastającego dziecka. To poziom oddziaływań, w których szkoła i poradnie psychologiczno-pedagogiczne dają wsparcie dla rodziców dorastających i świadczą pomoc poprzez kontakty nauczyciela z rodzicami w trakcie zebrań klasowych, spotkania indywidualne, współpracę ze specjalistami (pedagog, psycholog szkolny) czy organizację szkoleń dla rodziców (pedagogizacja rodziców).

Istnieją również programy profilaktyczne, które pobudzają aktywność młodzieży, wzmacniają ich więź ze szkołą i środowiskiem lokalnym. Należy pamiętać, iż w kontekście rówieśniczym w tym okresie rozwojowym niebagatelną rolę odgrywają konstruktywni i prospołeczni rówieśnicy, akceptujący normy, z aspiracjami edukacyjnymi (Ostaszewski, 2003; Woynarowska, 2007). Przykładem mogą być programy edukacji rówieśniczej (peer education) jako metody pracy z młodymi ludźmi i wspierania ich w rozwoju (Młodzież w działaniu, Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA). Uwzględniając zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia, istotne są także wzorce dobrych i kompetentnych dorosłych, na przykład to, że dorastający ma wsparcie ze strony nauczycieli lub ma oparcie w zaufanej osobie dorosłej, może to być nauczyciel, ksiądz, pedagog szkolny albo trener sportowy. Ilustracją takich inicjatyw może być określenie roli nauczyciela wychowania fizycznego w zaproponowanym przez Ministerstwo Edukacji Narodowej Roku Szkoły w Ruchu 2013/2014.

Zmiany na poziomie społeczności powinny wiązać się pozytywnym klimatem szkoły, współpracą szkoły z organizacjami młodzieżowymi w budowaniu przyjaznej atmosfery, nieakceptowaniu zachowań antyzdrowotnych oraz tworzeniem przyjaznego i bezpiecznego otoczenia (dostęp do ośrodków rekreacji, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej). Przykładem jest program samorządowy (przy wsparciu rządu) Orliki 2012, mający na celu wybudowanie boisk piłkarskich w każdej gminie do 2012 roku czy wcześniej wspomniana Szkoła Promująca Zdrowie, a także odpowiednio pełniona rola pracowników ochrony zdrowia, szczególnie lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych, ginekologów i pielęgniarek szkolnych.

Powinno się również skupić na oddziaływaniach nie tylko w środowisku lokalnym, ale także na poziomie polityki państwa. Przykładem mogą być programy profilaktyczne organizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ministerstwo zdrowia, instytuty naukowe, ale także organizacje pozarządowe, samorządy, firmy farmaceutyczne. Prowadzenie różnych kampanii społecznych powinno wykorzystywać różnorakie drogi – poprzez pracowników ochrony zdrowia, mass media, środki komunikacji publicznej, urzędy, kościoły itp. (Ostaszewski, 2003; Skalbani, 2009; Woynarowska, 2007). Działania z zakresu polityki zdrowotnej widoczne są w przypadku wprowadzonego niedawno zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych. Innym przykładem jest program redukcja szkód (harm reduction) spowodowanych iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków, którego celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu C i innych chorób. Wybrane placówki Stowarzyszenia Monar prowadzą taki program, który zapewnia poradnictwo prozdrowotne oraz wymianę igieł i strzykawek.

Wszystkie poziomy oddziaływania są istotne dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych. W niniejszej pracy, ze względu na konieczność ograniczenia zakresu badań, podjęto próbę przyjrzenia się wyłącznie czynnikom z poziomu indywidualnego, przy pełnej świadomości istotnej roli czynników takich, jak pozytywne doświadczenia życiowe, stanowiących źródło zdrowia oraz docenianiu możliwości tkwiących zarówno w człowieku jak i jego najbliższym środowisku. Wszystko to stwarza szanse na skuteczniejsze promowanie zachowań zdrowotnych i zapobieganie podejmowaniu przez młodych ludzi zachowań ryzykownych.

## **Rozdział 1**

### **Młodzież u progu dorosłości a zachowania związane ze zdrowiem**

#### **1.1. Późna adolescencja w biegu życia**

W wieku około od 10 do 12 lat rozpoczyna się okres rozwoju łączący dzieciństwo z dorosłością. Trwa nawet do ukończenia 22 – 25 r. ż. Zanim jednak nastolatek odkryje kim jest, co potrafi, jak widzą go inni, czego oczekuje od świata, czeka go długa i kręta droga, a w jego życiu zmieni się prawie wszystko: począwszy od ciała, celów działania, oczekiwań, a skończywszy na najbliższym otoczeniu. Okres „wzrastania ku dorosłości” (z łac. *adolescere*) określany jako adolescencja to czas, podczas którego człowiek uzyskuje przede wszystkim dwie zdolności: zdolność do dawania nowego życia i zdolność do samodzielnego kształtowania własnego życia (Obuchowska, 2000). Pierwsza z nich - gotowość organizmu do reprodukcji gatunku - przypada na wczesną adolescencję (wiek dorastania), a druga zdolność – nabywania kompetencji osobistych i społecznych - to faza późnej adolescencji (wiek młodzieńczy) (Bardziejewska, 2013; Brzezińska, 2007, 2013; Obuchowska, 2000; Wiliński, 2007).

Okres adolescencji stawia nowe wyzwania i cele rozwojowe – wynikają one ze zmian fizycznych, poznawczych i społeczno - emocjonalnych. Zazwyczaj początek tego okresu łączy się z dojrzewaniem płciowym. Trudniej sprecyzować, kiedy dorastanie się kończy, a kiedy już zaczyna dorosłość (Arnett, 2000, 2001; Brzezińska, Bardziejewska, Ziółkowska, 2002; Oleszkowicz, Senejko, 2013; Zimbardo, Johnson, McCann, 2012a; Ziółkowska, 2013). Natomiast rozwój po adolescencji często ujmowany jest w kategoriach zdarzeń życiowych, które mają rozwojowe znaczenia dla jednostki. Aktywność własna nastolatka może mieć znaczenie, modyfikując tempo, rytm, harmonię rozwoju, a sam rozwój staje się możliwy dzięki podejmowaniu kolejnych zadań rozwojowych (Brzezińska, 2007).

Początki dorastania można początkowo dostrzec w zmianach w obrębie własnego ciała. Przekształcenia ciała mają swoje źródło z zmianach hormonalnych (Bardziejewska, 2013; Bee, 2004; Wiliński, 2007). Przekształcenia dotyczą wielkości i proporcji ciała,

sposobu jego funkcjonowania, pojawiają się procesy fizjologiczne związane z dojrzewaniem płciowym (menstruacja, polucje). Te nieoczekiwane zmiany połączone ze stanem napięcia potęgowane są przez pojawiające się potrzeby seksualne i pierwsze miłości.

Temu etapowi towarzyszy także intensywny rozwój społeczny – grupa rówieśnicza staje się ważnym punktem odniesienia. Nastolatek poszukuje nowych idei, ludzi, którym może zaufać, manifestuje swoją „inność”, odrębność. To czas aktywnego i samodzielnego poszukiwania własnej tożsamości w ramach najbliższego otoczenia. Młody człowiek otwiera się na to co nowe, rozwija krytyczne myślenie i refleksję nad swoimi doświadczeniami. Liczba zmian zachodzących w życiu młodego człowieka, koncentracja na sobie i swoich potrzebach zwiększa się do tego stopnia, że nastolatek łatwo przekracza lub nie dostrzega granic, jakie są stawiane mu przez dorosłych. Sprzyja to takim zachowaniom, które są nastawione na chwilową satysfakcję, szybkie korzyści i przyjemności. Często związane jest to z ryzykiem lub po prostu z odkrywaniem obszarów wcześniej nieznanych dorastającemu. To czas eksperymentowania z tym, co nowe i niemożliwe, zakazane, sprawdzania tym samym postawionych przez dorosłych granic (Brzezińska, 2007, 2013; Wiliński, 2007).

Najważniejsze zadania rozwojowe charakterystyczne dla tego okresu to: pogodzenie się z dojrzewaniem fizycznym, nowy poziom rozwoju poznawczego, przededefiniowanie ról społecznych i kwestii emocjonalnych, radzenie sobie z okazjami i naciskami w sferze seksualnej oraz rozwój standardów moralnych. Wszystkie te elementy składają się na jedno główne zadanie rozwojowe – stworzenie własnej tożsamości (Bardziejewska, 2013; Brzezińska, 2000, 2007; Oleszkowicz, Senejko, 2013).

Erikson (2000) twierdził, że rozwój trwa przez całe życie i na każdym z jego etapów mamy inne zadania rozwojowe. Najważniejszym zadaniem okresu dorastania jest ukształtowanie tożsamości indywidualnej. Tożsamość w teorii Eriksona to spójne poczucie kim się jest, a rozwój poczucia tożsamości to główny cel okresu dorastania. Wylanianie się w tym okresie niezależnego Ja to zasadniczy element tego okresu. Samo stadium, określone jako tożsamość a przemieszanie ról, wynika z odgrywania różnych ról przez dorastającego przed różnymi widowniami. Przewyciężenie kryzysu tożsamości pomaga w rozwoju poczucia spójnego Ja.

Owo kształtowanie tożsamości przebiega w dwóch etapach. Pierwszy etap, przypadający na wczesną fazę tego okresu (od 10 do 16 r. ż.) to eksploracja – badanie otoczenia, środowiska, eksperymentowanie i odkrywanie granic, czego nie wolno, co wolno pod pewnymi warunkami, sprawdzenia swoich możliwości, nierzadko w ryzykownych poczynaniach. To rzeczywiście okres podczas którego wzrasta prawdopodobieństwo konfliktów z rodzicami, doświadczania krańcowych emocji i podejmowania ryzykownych zachowań (Arnett, 1999). Dla niektórych młodych to także czas problemów w relacjach z innymi ludźmi i samooceną (Brzezińska, 2007; Myers, Diener, 1995).

Drugi etap, który przypada na czas od 16 do 20 r. ż., to podjęcie zobowiązania, zaangażowanie się w wybrany styl życia i system wartości oraz przejmowanie odpowiedzialności za siebie i gotowość do ponoszenia konsekwencji swoich wyborów. Młody człowiek przechodząc kolejno te dwa etapy ma szansę osiągnąć dojrzałą tożsamość. Może się jednak okazać, iż młody dorosły podejmuje zobowiązanie bez wcześniejszego etapu poszukiwania – wówczas mówimy o tożsamości przejętej (lustrzanej). Czasem młody człowiek zatrzymuje się na etapie poszukiwania, czemu towarzyszy przedłużający się kryzys. Nie angażuje się w nic na dłużej, zmienia kierunki studiów, pracę, bliskie osoby, partnerów i plany przyszłościowe – pozostaje wówczas na etapie moratorium. Badania Marcii (1980) pokazują, iż takie osoby cenią sobie niezależność, równocześnie są niespokojne, mają wahania nastroju, są nonkonformistyczne, często się buntują (Brzezińska, 2000, 2013).

Przejście z dorastania w dorosłość to czas podczas którego plany życiowe są mocno zakreślone i zaczynają być realizowane, to czas wielu decyzji dotyczących dalszej edukacji, kariery i intymnych związków. Podjęcie ich i dostosowanie się do konsekwencji z nich płynących to główne zadania tego stadium – wyznaczające tym samym kierunek rozwoju psychicznego. Pojawia się tu pytanie, czy w dzisiejszym świecie tradycyjne postrzeganie zegara rozwoju człowieka wciąż jest słuszne. Wydaje się, że czas się spowolnił – możliwe jest, iż w każdym stadium rozwojowym natura i wychowanie wzajemnie na siebie oddziałując, powodują spowolnienie, a w szczególności czas posuwa się naprzód wolniej przez okres przejściowy pomiędzy adolescencją a dorosłością – u młodych ludzi u progu dorosłości. Takie twierdzenie wynika z analizy empirycznej (Arnett, 2001, 2011; Oleszkowicz, Senejko, 2013; Zimbardo, Johnson, McCann, 2012a), sugerując, że rozwój nie przebiega według tak sztywno nakreślonych stadiów. Jest to

raczej proces ciągły, który charakteryzują fale i zrywy. Innymi słowy zatem, teorie stadialne trafnie określają to, co dzieje się, ale kiedy to następuje jest raczej bardziej płynne niż zakładano. W żadnym innym okresie nie jest to tak widoczne jak w przypadku dorosłości.

Pytanie jakie może się nasuwać, to pytanie o to, kiedy właściwie zaczyna się dorosłość. Czy jest to samo ukończenie 18-stego roku życia i bycia „legalnym” dorosłym, czy dorosłość w rozumieniu psychologów rozpoczyna się właśnie wtedy? Jakie zadania rozwojowe napotykamy we wczesnej dorosłości?

Według Eriksona (2000) wczesna dorosłość stawia przed nami wyzwanie stworzenia bliskich relacji z innymi osobami – określa się to stadium jako intymność versus izolacja. Intymność jest zdolnością do pełnego zaangażowania (seksualnego, emocjonalnego i moralnego) w związek z inną osobą. Wymaga to kompromisu w kwestiach preferencji osobowościowych, przyjęcia odpowiedzialności oraz rezygnacji z części niezależności i własnego terytorium (prywatności), pociąga to jednocześnie wiele innych korzyści. To tutaj jest czas na rozwiązanie konfliktów pomiędzy potrzebą bliskości a lękiem przed bezbronnością, całkowitym się odsłonięciem i ryzykiem, jakie to może nieść. Nie rozwiązanie tych trudności może prowadzić do izolacji – która przejawia się niezdolnością do bycia w relacji bliskiej z inną osobą. Zdaniem niektórych współczesnych badaczy (Arnett, 2000, 2001; Zimbardo, Johnson, McCann, 2012a) takie przejście ze stadium tożsamości do intymności w dzisiejszych czasach może nieco inaczej wyglądać. Tłumaczone jest to tym, że obecnie młodzi ludzie żyją ze sobą przed zawarciem związku małżeńskiego, odkładając moment formalnego usankcjonowania intymności z jedną osobą na całe życie. Dodatkowo spora część zmaga się z problemami tożsamościowymi, choćby dotyczącymi kariery zawodowej. Okres życia pokoleń, z którymi Erikson miał do czynienia, był inny, a obecne czasy oferują więcej możliwości, powodując tym samym więcej zawirowań i komplikacji.

Arnett (2000, 2001) zaproponował koncepcję stadium przejściowego pomiędzy adolescencją a dorosłością - określił je jako dorosłość wschodzącą. Okres ten obejmuje ostatnie lata bycia nastolatkiem do dwudziestu kilku lat. To czas, kiedy młodzi ludzie – inaczej młodzież u progu dorosłości - mają już za sobą wiek dorastania i dojrzewania, ale nie patrzą na siebie jako na osoby w pełni dorosłe. Biorąc pod uwagę zmiany jakie zaszły pomiędzy dorosłością w obecnych czasach a dorosłością we wcześniejszych pokoleniach,



trudno mówić o wyznaczaniu takich jak kiedyś zadań rozwojowych i możliwościach ich osiągnięcia. W poprzednich czasach jako wyznaczniki wejścia w okres dorosłości uznawane były takie zdarzenia jak: zawarcie związku małżeńskiego, narodziny dziecka, rozpoczęcia kariery zawodowej. Dzisiejsze czasy nie pozwalają na tak mocno zaakcentowanie ważnych wydarzeń w życiu jako kryterium przejścia w kolejną fazę rozwojową. Sami młodzi dorośli uznają, że wyznacznikami dorosłości jest podjęcie odpowiedzialności za siebie i jej akceptacja, podejmowanie własnych, niezależnych decyzji oraz samowystarczalność. Są to kryteria mniej wyraziste (Arnett, 1997).

Badania Arnetta (1996, 2002, 2011) wskazują także, że wschodząca dorosłość czy inaczej próg dorosłości to czas poszukiwania, eksperymentowania we wszystkich możliwych obszarach. Młodzi ludzie podejmują różne prace, badają różne style życia, sposób patrzenia na świat i próbują odnaleźć typ partnera, który odpowiadałby im do stworzenia związku. Uważa się, że w przypadku tej grupy wiekowej nie da się łatwo przewidzieć poczynąń związanych z edukacją, miejscem zamieszkania i stopniem odpowiedzialności finansowej w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Blisko 50% osób wyprowadza się od rodziców, po czym z powrotem się do nich sprowadza, 60% zaczyna studia po ukończonej edukacji średniej, ale tylko połowa z nich kończy je przed ukończeniem 30 r. ż. (Biachi, Spain, 1996). Okazuje się, że osoby w tym okresie rozwojowym są także bardziej skłonne do podejmowania ryzykownych działań niż w innych okresach rozwojowych (wliczając, co ciekawe, okres dorastania). W tym stadium ujawniają się najwyższe wskaźniki nadużywania substancji stymulujących i psychoaktywnych, ryzykownego prowadzenia pojazdów i uprawiania seksu bez zabezpieczania (Arnett, 1992). Arnett (1992, 2011) tłumaczy to brakiem brania pełnej odpowiedzialności za rolę, w której się znajdują, z jednoczesnym całkowitym wyzwoleniem się spod nadzoru rodzicielskiego.

W niniejszej pracy podjęto próbę przyjrzenia się młodzieży w okresie późnej adolescencji, tuż u progu wchodzenia w dorosłość czyli, stosując terminologię zaproponowaną przez Arnetta (2000, 2001), właśnie w początkowym okresie wschodzącej dorosłości.

## **1.2. Późna adolescencja jako okres znaczący dla kształtowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

Dzieciństwo i dorastanie to momenty najważniejsze w rozwoju człowieka, kiedy kształtują się zachowania zdrowotne. Krytycznym czasem jest adolescencja, kiedy to utrwalają się wcześniej nabyte zachowania prozdrowotne, a jednocześnie młodzież zaczyna podejmować zachowania ryzykowne.

Skuteczność działań profilaktycznych w obszarze zdrowia zależy między innymi od znajomości uwarunkowań zachowań, które sprzyjają zdrowiu, bądź stanowią jego zagrożenie, a także od tego, na jakim etapie życia człowieka stosuje się takie profilaktyczne oddziaływania. Niezmiernie trudno jest zmieniać utrwalone sposoby zachowania osób w wieku średnim, a spośród nich rekrutuje się najwięcej pacjentów cierpiących na choroby układu krążenia czy choroby nowotworowe. Dlatego też warto się lepiej przyjrzeć fazie rozwoju, w której takie zachowania się ujawniają i utrwalają, a więc okresowi późnej adolescencji. Można oczekiwać zdecydowanie lepszej skuteczności oddziaływań profilaktycznych oraz oddziaływań skierowanych na promocję zachowań prozdrowotnych, oraz eliminowanie zachowań ryzykownych, jeśli działania te podejmowane będą wobec osób młodych (Gaś, 2006; Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011; Szymańska, 2002; Woynarowska, 2007).

Co powoduje, że młodzież podejmuje zachowania prozdrowotne lub ryzykowne? Na to pytanie próbowało odpowiedzieć wielu badaczy. Jeden z nich wskazuje, iż młodzi ludzie podejmują zachowania dysfunkcjonalne, będąc głównie pod wpływem trzech czynników: stresu, braku umiejętności życiowych i negatywnej presji rówieśniczej (Gaś, 2006). Jednakże w literaturze psychologicznej i pedagogicznej autorzy zazwyczaj skupiają się na wymienianiu powodów podejmowania konkretnych zachowań szkodliwych dla zdrowia.

Badana młodzież ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych województwa pomorskiego (PBS, 2011) deklaruje pozytywne skutki wypicia alkoholu, takie jak: świetna zabawa, poczucie odprężenia, bycie bardziej przyjaznym i towarzyskim po wypiciu alkoholu, subiektywne poczucie szczęścia. Deklarowane negatywne skutki wypicia alkoholu to: zrobienie czegoś, czego można potem żałować, określone skutki zdrowotne,

bójka. Z kolei Grudziak-Sobczyk (1992), jako motywy skłaniające młodzież do używania alkoholu, rozszerza ich zakres, i wymienia takie jak, np.: nabranie śmiałości w kontaktach interpersonalnych, nawiązanie kontaktu, zmniejszenie lęku oraz innego rodzaju - z ciekawości, dla zabawy/odprężenia, z nudów, ucieczka od problemów (szkolnych, rodzinnych), zwrócenie na siebie uwagi szkoły, rodziny czy też bunt młodzieńczy, itd.

Izdebski (1993) i Pawelski (1997) podjęli problem motywów podejmowania wczesnych kontaktów seksualnych. Z ich badań wynika, że najważniejszymi motywami podjęcia współżycia seksualnego są: pragnienia seksualne, miłość, ciekawość, ale także uległość wobec partnera, rówieśników, lęk przed porzuceniem, podniesienie samooceny, wpływ substancji chemicznych oraz potrzeba wrażeń.

Obuchowski (1996) analizował motywy sięgania po substancje odurzające. Z jego ustaleń wynika, że motywy sięgania po substancje psychoaktywne to: motywy ucieczkowe (ucieczka od lęku, samotności, problemów rodzinnych, szkolnych, od nudy, monotonii), motywy konformizmu (wobec rówieśników), motywy egzystencjalne (poczucie bezsensu życia, pustka wewnętrzna), motywy poszukiwania (ciekawość, potrzeba wrażeń), motywy hedonistyczne, motywy prestiżowe i snobistyczne (dążenie ku dorosłości, popularność).

Podsumowując można uznać, iż podejmowanie tychże zachowań służy zaspokojeniu najważniejszych potrzeb psychicznych (miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności), realizacji ważnych zadań rozwojowych (określeniu własnej tożsamości, uzyskaniu niezależności od dorosłych) i radzeniu sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi (redukcją lęku, frustracji) (Szymańska, 2002).

Na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem może też mieć wpływ to w jakim okresie rozwojowym jednostka się znajduje. Wielu autorów wskazuje, że okresem szczególnie krytycznym jeśli chodzi o podejmowanie zachowań antyzdrowotnych jest adolescencja jako okres sytuujący się pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. To czas przejścia, często określany jako okres „burzy i naporu”, niekiedy również określany jako czas konfliktów i zaburzeń. Pierwszy psycholog początku XX wieku, który zajmował się rozwojem dorastającej młodzieży - G. Stanley Hall szczególnie promował określenie, iż to czas „burzy i naporu” oraz wielu zmian fizycznych oraz psychicznych. Chociaż popularność określenia „czas burzy i naporu” była zmienna (Arnett, 1999), termin ten pojawiał się głównie w teoriach rozwojowych, szczególnie o orientacji psychoanalitycznej. Sama Anna Freud (1958) patrzyła na problematykę czasu dorastania przez pryzmat emocji

gniewu - uznając go za nieunikniony. Zachowania typowe dla tego wieku, będące w normie rozwojowej, dla niej samej stanowiły dowód poważnych zaburzeń. Jednak już wtedy takie stanowisko zostało zanegowane, natomiast stosunkowo nie tak dawno większość badaczy zdecydowanie uznało taki pogląd za niewłaściwy i nieprawdziwy.

Aczkolwiek współcześnie większość specjalistów zajmujących się tym okresem uważa, iż jest to czas konfliktów i zaburzeń (Birch, Malin, 2001; Conger, 1977), najnowsze badania w tym zakresie wskazują, iż problematyka trudności przekraczających normę rozwojową w tym wieku jest przeceniana. Badania (Arnett, 1999) wskazują na to, że w okresie adolescencji najczęściej pojawiają się istniejące problemy takie jak: konflikty z rodzicami (Laursen, Coy, Collins, 1998), duże wahania nastrojów (Buchanan, Eccles, Becker, 1992; Larson i Richards, 1994; Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, Grant, 1993) oraz, wielokrotnie wcześniej wspomniana, skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych.

Już G. Stanley Hall pisał, iż „dla wszystkich zdrowych chłopców normalny jest okres na wpół kryminalny” (Hall, 1904, t. 1, s. 494, twierdzenie odnosi się do chłopców nastoletnich). W okresie adolescencji rzeczywiście spora część młodzieży podejmuje zachowania szkodliwe, takie jak ryzykowne zachowania seksualne, ryzykowna jazda, skłonność do popełniania czynów zabronionych (Arnett, 1992; Gottfredson, Hirschi, 1990; Johnston, O'Malley, Bachman, 1994), głównie w okresie późnej adolescencji, choć większość młodych ludzi w ogóle nie ma takich problemów.

Pytania, które się nasuwają to: dlaczego takie zachowania pojawiają się u młodzieży oraz czy rzeczywiście pojawiają się one w tym okresie częściej niż w innym wieku? Z pewnością jest to po części powiązane ze zmianami hormonalnymi zachodzącymi w okresie adolescencji.

Fizjologiczne zmiany w organizmie pociągają za sobą zmiany w postrzeganiu siebie oraz otoczenia przez nastolatka. Intensywne zmiany - fizyczne, emocjonalne, poznawcze - wpływają na samoocenę, zachowania młodego człowieka, emocje (labilność emocji, pobudzenia emocjonalne) oraz rozwój potrzeb seksualnych. Dodatkowo dorastający stoi przed koniecznością podejmowania wyborów zawodowych oraz konieczności rozwiązania kwestii związanych z potrzebami dostosowania się do oczekiwań grupy rówieśniczej i relacji społecznych z rodzicami. Wszystkie te czynniki i niejednorodność tego okresu mają wpływ na podejmowanie przez dorastających zachowań

prozdrowotnych i szkodliwych, bowiem owe przemiany mogą wzmacniać wrażliwość młodych ludzi na działanie czynników ryzyka. Brzezińska (2013) zwraca uwagę, iż normatywne dla tego czasu „eksperymenty” mogą grozić utrwaleniem i stać się skuteczną w ich mniemaniu strategią zaradczą. Okres późnej adolescencji bogaty jest w specyficzne czynniki ryzyka, które mogą zyskać regulacyjne znaczenie, zwłaszcza w sytuacji braku lub niewykształcenia indywidualnych czynników chroniących. Każda z tych sytuacji powoduje, że zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne dla zdrowia mogą stać się strategiami zaradczymi. Należy dążyć do tego, żeby nie stały się jedynymi formami przystosowania. Toteż przyjrzenie się czynnikom podmiotowym (biologicznym - temperamentalnym oraz psychologicznym – poznawczym), które stanowią korelaty zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, stwarza możliwość skuteczniejszych oddziaływań profilaktycznych.

## **Rozdział 2**

### **Zachowania prozdrowotne i ich występowanie**

#### **2.1. Definicje zachowań prozdrowotnych**

Zachowania takie jak: regularne żywienie, odpowiednia liczba godzin snu, wypoczynku, uprawianie sportu to przykłady działań, które można określić jako zachowania prozdrowotne albo promujące zdrowie.

Takie określenie można spotkać u Schwarzera (1990, 1997), który mówi o zachowaniach promujących zdrowie, jako takich, które zmniejszają ryzyko wystąpienia chorób (Schwarzer, 1997). Są one dla niego jednym z rodzajów zachowań istotnych dla zdrowia, obok zachowań ryzykownych. Ponieważ niniejsza praca dotyczy właśnie takich dwóch kategorii zachowań przyjęto rozróżnienie Schwarzera, obejmujące zachowania promujące zdrowie oraz ryzykowne, a w celu większej przejrzystości proponuje się używać zamiennie terminu promujące zdrowie i prozdrowotne.

W literaturze można też spotkać inne klasyfikacje. Taylor (1995) proponuje podział na zachowania sprzyjające zdrowiu (aktywność fizyczna, stosowanie niskotłuszczowej diety, bogatej w błonnik, ochrona przed promieniowaniem ultrafioletowym) i zachowania szkodliwe dla zdrowia (palenie tytoniu, nadużywanie substancji psychoaktywnych). W innej klasyfikacji zachowania zdrowotne są podzielone na zachowania promujące zdrowie oraz zachowania prewencyjne (Maddux, 1995). Zachowania promujące zdrowie to takie, które obejmują regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych, a także zdrowe odżywianie. Natomiast zachowania prewencyjne to zachowania detekcyjne służące wykryciu choroby (regularne samobadanie piersi, jąder, badania cytologiczne szyjki macicy, zdjęcia rentgenowskie płuc). Są to zachowania nie służące bezpośrednio zdrowiu, ale mogące prowadzić do wykrycia choroby, a realny efekt tych działań dla zdrowia osoby zależy od kolejnych decyzji, np. podjęciu leczenia. Działania szkodliwe dla zdrowia przy tym rozróżnieniu nie wchodzą w skład zachowań zdrowotnych.

Klasyfikacja zachowań zaproponowana przez Sęk (2007), opierająca się na kryterium konsekwencji zachowań dla zdrowia, rozróżnia zachowania prozdrowotne i

antyzdrowotne. Prozdrowotne działania sprzyjają zdrowiu, zwiększają jego potencjał, chronią przed zagrożeniami albo służą przywróceniu zdrowia. To takie zachowania jak: racjonalne odżywianie, własna aktywność fizyczna, relaks. Są to zachowania określane wcześniej przez Sęk (2000) jako mające pozytywny stosunek do zdrowia i pozytywne konsekwencje. Nie podejmowanie tego rodzaju zachowań może mieć negatywny wpływ na zdrowie. Drugi rodzaj zachowań to zachowania antyzdrowotne, stwarzające ryzyko dla zdrowia i powodujące negatywne konsekwencje. Tego rodzaju zachowania mogą spowodować bezpośrednio lub dopiero po upływie jakiegoś czasu szkody dla zdrowia. Przykładem tego typu działań może być stosowanie substancji psychoaktywnych, ale także zachowania rywalizacyjne. Zachowania te są w literaturze nazywane czasem zachowaniami ryzykownymi lub problemowymi (Gniazdowski, 1990; Woynarowska, 2007). Zostaną one omówione szerzej w kolejnym rozdziale.

W literaturze można też spotkać pojęcia ogólniejsze niż zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne - zachowania zdrowotne. Zazwyczaj w tych definicjach kładzie się nacisk w większej mierze na takie formy aktywności, które można określić jako „każde działanie świadomie podejmowane przez człowieka, niezależnie od jego faktycznego i postrzeganego stanu zdrowia w celu promowania, ochrony i zachowania zdrowia, bez względu na to, czy jest skuteczne, czy też nie” (Słońska, Misiuna, 1993, s. 66) lub jako „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem” (Sęk, 2002, s. 539). Niejednokrotnie opisuje się je także jako zachowania związane ze zdrowiem, czyli jakiegokolwiek zachowanie albo aktywność człowieka, która jest elementem jego życia na co dzień, przy jednoczesnym wpływie na stan jego zdrowia (Woźniakowa, 2006). Zachowania zdrowotne to takie zachowania, które są powiązane ze sferą zdrowia. Inaczej ujmując to takie zachowania, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne” (Woynarowska, 2007, s. 52). Zachowania zdrowotne to także działania podejmowane ze względów zdrowotnych albo takie, które mają realny, udokumentowany wpływ na zdrowie (Łuszczyńska, 2004). Inne terminy określające te zachowania to: zachowania związane ze zdrowiem, zachowania ku zdrowiu, zachowania medyczne. Nieliczni badacze wyrażają pogląd, że zachowania zdrowotne służą utrzymaniu, promocji i przywracaniu zdrowia somatycznego (Becker, 1992).

Inna propozycja rozróżnia zachowania w zdrowiu i w chorobie (Heszen-Klemens, 1979; Heszen, Sęk, 2007; Sęk, 1997), gdzie kryterium podziału jest sytuacja zdrowotna jednostki. Zachowania w sytuacji zdrowia to na przykład poddawanie się kontrolnym badaniom lekarskim, a zachowania w sytuacji choroby to stosowanie się do zaleceń lekarskich. W tradycji socjologicznej rozumie się często zdrowie jako dyspozycję, zdolność do osiągania pełni możliwości fizycznych, psychologicznych, społecznych oraz odpowiadania na wyzwania środowiska (Słońska, 1994), a także jako zdolność do realizacji w sposób efektywny zadań (Parsons, 1969). W konsekwencji stosuje się podział na zachowania prozdrowotne, czyli zachowania konserwujące i rozwijające zasoby zdrowotne, oraz zachowania antyzdrowotne – naruszające zasoby i niszczące potencjał.

W jednym z podziałów zachowań zdrowotnych - według kryterium stanu świadomości jednostki i celowości jej działania - można wyróżnić następujące zachowania: zachowania zdrowotne i zachowania związane ze zdrowiem. Te pierwsze to działania celowe, świadomie podejmowane aby wzmocnić lub też zwiększyć potencjał własnego zdrowia. Tutaj nie rozważa się na ile są one skuteczne, najważniejsze czy są intencjonalne. Natomiast zachowania związane ze zdrowiem to grupa skupiające nawyki, reakcja na jakąś sytuację, to takie codzienne czynności, które mogą mieć pozytywne i/lub negatywne konsekwencje dla naszego zdrowia, ale właściwie tym działaniem nie towarzyszy uświadomiony cel (por. Gniazdowski, 1990; Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, 2013; Woynarowska, 2007).

## **Rodzaje zachowań zdrowotnych**

Najczęściej opisywanymi w literaturze i badaniach grupami zachowań prozdrowotnych są: sposób odżywiania, inaczej czasem nazywany dietą prozdrowotną oraz aktywność fizyczna (Gniazdowski, 1990; Harris, Guten, 1979; Heszen, Sęk, 2007; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Badania nad młodzieżą i okresem wczesnej dorosłości (Heszen, Sęk, 2007; Oleszkowicz, Senejko, 2013; Woynarowska, 2007) pokazały, że innymi poza wyżej wymienionym składowanymi zachowań prozdrowotnych są: higiena psychiczna, walka ze stresem, lekarskie badania kontrolne, higiena ciała, dbanie o więzi społeczne, zachowania profilaktyczne. Studenci ujmują nieco szerzej



rodzaje zachowań sprzyjających zdrowiu – podkreślając w szczególności te zachowania, które są związane ze zdrowiem psychicznym: higiena psychiczna, ekspresja emocji, relaks, techniki antystresowe (Heszen, Sęk, 2007). Coraz więcej badań (Harris, Guten, 1979) włącza do zachowań prozdrowotnych: walkę ze stresem, zapobieganie wypadkom, prewencyjne zachowanie seksualne, a w swoich badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi Łuszczynska (2004) skupiła się nad: dietą, aktywnością fizyczną, używaniem pasów bezpieczeństwa i samobadaniem piersi.

Becker (1992), podejmując próbę stworzenia kwestionariusza zachowań zdrowotnych, brał pod uwagę: zdrowe odżywianie, regulację wagi ciała, aktywność fizyczną, unikanie zachowań szkodliwych dla zdrowia, zdobywanie informacji ważnych dla zdrowia, relaksację, wypoczynek, walkę ze stresem, wymianę uczuć, unikanie wypadków w ruchu ulicznym i gospodarstwie domowym, wypełnienie zaleceń lekarskich i wykonywanie badań kontrolnych oraz higienę ciała. Analiza czynnikowa pozwoliła mu wyodrębnić zachowania grupujące się wokół trzech czynników. Jako pierwsze pojawiły się zachowania prewencyjne, dostosowane do norm zdrowotnych i oczekiwań, kolejnym czynnikiem była zdrowa dieta i ruch, a ostatnim - relaks, odpoczynek, higiena psychiczna. Dolińska – Zygmunt (2000) w swoich badaniach natomiast wyodrębniła między innymi takie czynniki jak: zachowania żywieniowe, aktywność fizyczna, badania kontrolne oraz aktywny wypoczynek.

## **2.2. Badania na temat częstości występowania zachowań prozdrowotnych wśród dorosłych**

### **Zdrowie fizyczne: aktywność fizyczna i zajęcia w czasie wolnym**

Obszar tematyczny tradycyjnie wymieniany jako pierwszy, pośród wszystkich rodzajów najlepiej poznanych zachowań prozdrowotnych, odnosi się do aktywności fizycznej. Zalecenia dotyczące poziomu aktywności fizycznej dla ludzi w różnym wieku stworzone przez ekspertów i towarzystwa naukowe uznają, iż najbardziej wskazane są wysiłki wykonywane cztery do pięciu razy w tygodniu, przez 30 do 45 minut, z

intensywnością umiarkowaną (Jegier, 2005). Dla utrzymania i poprawy zdrowia zalecany czas aktywności fizycznej w ciągu doby powinien wynosić: 1 godzinę przy wysiłkach lekkich – spacer, lekka praca w ogrodzie, ćwiczenie rozciągające; pół godziny do godziny przy wysiłkach umiarkowanych – szybki spacer, jazda na rowerze, pływanie, taniec; 20 do 30 minut przy wysiłkach intensywnych – aerobik, bieganie, szybki taniec. Szczególnie ważne okazują się także ćwiczenia wytrzymałościowe, zwiększające elastyczność i gibkość ciała, a także budujące siłę mięśniową (Canada's Physical Activity Guide for Healthy Active Living, 1998).

Według danych ze Stanów Zjednoczonych, jedynie 15% populacji jest bardzo aktywna fizycznie, a aż 70% można określić jako nieaktywnych fizycznie (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller, 1984, za: Rodin, Salovey, 1997).

Badania dorosłych Polaków pokazują, że co czwarta osoba do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne uprawianie gimnastyki (25%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (23%) (CBOS, 2012).

Większość dorosłych Polaków cechuje mała aktywność fizyczna i bierny sposób spędzania wolnego czasu. Małą aktywność fizyczną, czyli spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, wykazuje 70% osób (Woynarowska, 2007). Co ciekawe, prawie co piąty Polak (17%) nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum 60 minut) spacer (CBOS, 2012). Siedzący tryb życia, czynności nie wymagające ruchu i wysiłku fizycznego (czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie muzyki itd.) deklaruje 18% badanych, a przeciętny Polak poświęca na nie aż 18 godzin w tygodniu (Woynarowska, 2007; GUS, 2006).

Umiarkowaną intensywność wysiłku (bieganie, pływanie, aerobik) uprawia 33% osób, z czego nie więcej niż 8 godzin w ciągu tygodnia (Woynarowska, 2007). 61% nigdy lub prawie nigdy nie uprawia gimnastyki czy aerobiku, a 45% w ogóle nie praktykuje takich rodzajów aktywności, jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze, gry zespołowe itp. (CBOS, 2012).

Intensywne wysiłki (sporty wyczynowe) podejmuje 5,6% Polaków, w tym czterokrotnie więcej mężczyzn niż kobiet (Woynarowska, 2007; GUS, 2006). Tylko 8%

ankietowanych twierdzi, że przynajmniej okazjonalnie uprawia jakiś sport w sposób nieco bardziej profesjonalny (CBOS, 2012).

Według danych Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS, 2012) zauważyć można pewne korzystne zmiany, wskazujące na nieco bardziej prozdrowotny styl życia dorosłych Polaków. Porównując dane z roku 2007 i 2012 można zauważyć, że wzrosła liczba osób, które przynajmniej okazjonalnie uprawiają takie aktywności jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze czy gry zespołowe (z 45% do 55%), z czego w 2012 roku codzienną aktywność tego typu deklaruje 11% (w 2007 roku - 6%), a minimum raz w tygodniu – 29% (wcześniej 22%). W tym czasie wzrosła także (do 39% z 34%) liczba osób mniej lub bardziej regularnie gimnastykujących się, uprawiających aerobik lub ćwiczących na siłowni, w tym z 21% do 28% wzrosła liczba tych, które tego typu aktywnością wykazują się nie rzadziej niż raz w tygodniu.

### **Zdrowe odżywianie**

Zdrowe żywienie - inaczej optymalne, prawidłowe, dieta zrównoważona (zbilansowana) czy też racjonalny sposób odżywiania - to żywienie zgodne z zaleceniami nauki o żywieniu, zaspokajające potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne człowieka, umożliwiające osiągnięcie pełnego zaprogramowanego genetycznie rozwoju fizycznego i psychicznego, utrzymanie odporności organizmu na choroby i zachowanie sprawności do późnego wieku (Gertig, Gawęcki, 2001; Woynarowska, 2007).

Jednym z elementów zdrowego trybu życia jest dbanie o prawidłową wagę ciała, liczbę i regularne spożywanie posiłków, zdrowe odżywianie, w szczególności treść spożywanych posiłków, odpowiednio zbilansowana dieta, jedzenie odpowiedniej porcji warzyw i owoców, unikanie lub ograniczanie jedzenia mniej zdrowego, w szczególności tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów, w tym słodczy, odpowiednie nawadnianie organizmu, unikanie napojów wysokosłodzonych (Woynarowska, 2004, 2007) oraz uzupełnianie posiłków o dodatki chemiczne, zwłaszcza witaminy, minerały w przypadku niedoborów odpowiednich substancji (Kunachowicz, Nadolna, Iwanow, Przygoda, 2012; Weker, Rudzka – Kańtoch, 1995).

## Zachowania żywieniowe, stosowanie diety

Jednym z podstawowych elementów zdrowego stylu życia jest zdrowe odżywianie m.in. zbilansowana dieta, taka, która dostarcza odpowiedniej ilości energii, składników odżywczych. Dodatkowo jest to jednym z warunków prawidłowego rozwoju, sprzyja dobremu samopoczuciu i jest ważnym elementem zapobiegania otyłości. Jak już wspomniano wcześniej, wzorce zachowań żywieniowych, ukształtowane u młodzieży przeważnie są kontynuowane w dorosłości (HBSC, 2011). Wiele badań (Lien, Lytle, Klepp, 2001) podkreśla, iż w wieku dojrzewania zmieniają się nawyki żywieniowe ze względu na to, że młodzi ludzie sami wybierają to co jedzą, zazwyczaj nie biorąc pod uwagę konsekwencji dla zdrowia.

Wskazane dzienne spożycie (Guideline Daily Amount GDA), według Institute of Medicine of the National Academy (2002), dla zdrowych (nie chorujących na żadne dolegliwości przewlekłe) osób dorosłych powinny w diecie uwzględniać od 45 do 65% kalorii w postaci węglowodanów (skrobi i cukrów), spożywać od 20 do 35% wartości energetycznej w postaci tłuszczów i od 10 do 35% kalorii jako białko. Takie proporcje pozwalają na utrzymanie prozdrowotnej diety i stanowią właściwie proporcje składników dobrze zbilansowanej diety. Dzienna liczba kilokalorii zależy jest od wieku osób, płci, rodzaju wykonywanej pracy, stanu zdrowia itp. – waha się od 1800 do 2800 kilokalorii. Przeciętna zdrowa dorosła kobieta powinna dostarczać swojemu organizmowi około 2000 kalorii dziennie, mężczyzna do 2500 kalorii. W przypadku nastolatków wartości te są nieco większe (Lopez, 2004).

Dawniej uważano, iż w diecie należy unikać wszelkich tłuszczów. Obecnie wskazania co do prawidłowego odżywiania wskazują, że każdy posiłek może zawierać płynne tłuszcze pochodzenia roślinnego (Willett, 2002). Pożądane tłuszcze bogate w kwasy wielonasycone (kwas tłuszczowy omega-3 i omega-6), które znaleźć można w takich produktach jak: mleko, orzechy, awokado, oliwki, soja, len, olej kukurydziany. Unikać za to powinno się nasyconych kwasów tłuszczowych, kwasów nienasyconych typu trans itd. (Institute of Medicine of the National Academy, 2002).

Nadmiar cukrów w diecie prowadzi do ograniczania innych składników żywieniowych. Rzadziej niż raz dziennie powinniśmy jeść słodkie (czyli cukry rafinowane) (Willett, 2002).

Proteiny (białko) składające się z aminokwasów stanowią główny materiał budulcowy komórek, enzymów i hormonów, bez nich nie ma mowy o wzroście i regeneracji organizmu. Istotne jest z jakiego źródła pochodzą proteiny w naszej diecie – odpowiednie jest mleko i produkty mleczne, rośliny strączkowe, produkty sojowe.

Zapotrzebowanie na wodę i tzw. nawadnianie organizmu zależy także od wielu czynników, przede wszystkim od temperatury otoczenia, stopnia aktywności fizycznej, masy ciała, stanu zdrowia. Aby organizm się nie odwodził i wydalil wszystkie szkodliwe substancje, powinno się wypijać średnio od 1,5 do 2 litrów wody i napojów dziennie.

Witaminy, minerały, mikroelementy dostarczają organizmowi to, czego sam nie jest w stanie wytworzyć - dzięki nim poprawiamy wygląd, wytrzymałość fizyczną i zwiększamy odporność. Znaleźć je można w właściwych produktach żywnościowych, często wzbogacanych o te składniki oraz w preparatach z apteki (Kunachowicz, Nadolna, Iwanow, Przygoda, 2012; Weker, Rudzka – Kańtoch, 1995).

Złe nawyki żywieniowe polegają głównie na spożywaniu zbyt małej ilości zdrowych produktów, takich jak: świeże owoce, warzywa, białko, przy jednoczesnym spożywaniu zbyt energetycznych produktów: węglowodanów i tłuszczu.

Zdaniem połowy badanych Polaków (50%) działaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, jest właściwe odżywianie się, rozumiane głównie jako częste spożywanie warzyw i owoców oraz ograniczanie tłuszczów zwierzęcych (CBOS, 2012).

Dane Centrum Badania Opinii Społecznej (2012) pokazują, iż w porównaniu z latami wcześniejszymi dorośli Polacy nieco bardziej regularnie się odżywiają. Obecnie około 47% badanych przyznaje, że przynajmniej kilka razy w roku je mniej niż trzy posiłki na dobę. Jedna trzecia osób dorosłych (33%) minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki dziennie, w tym 7% zwykle nie jada więcej niż dwa razy dziennie. Co niepokojące 12% badanych twierdzi, że codziennie spożywa posiłek tuż przed snem. Osoby dorosłe w 61% minimum raz dziennie piją kawę (w tym 15% wypija w ciągu dnia kilka kaw). Nieco ponad 40% Polaków żywi się w barach i restauracjach szybkiej obsługi, aczkolwiek dotyczy to głównie sporadycznego - maksymalnie raz w miesiącu - korzystania z tego typu lokali (CBOS, 2012).

Ponad połowie badanych (54%) raczej nie zdarza się zażywać preparatów sprzyjających zdrowiu, witaminowych, ziołowych, suplementów diety. Około 3% dorosłych za niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia uznaje regularne zażywanie takich środków (CBOS, 2012).

#### Dbałość o ciało - masa ciała

Z badań nad osobami w wieku od 18 do 30 r. ż., przeprowadzonych wśród studentów college'ów płci męskiej, okazało się, iż indeks masy ciała (Body Mass Index BMI czyli masa ciała w kilogramach/ wzrost w m<sup>2</sup>) wynosi u połowy badanych poniżej 25 (niedowaga lub prawidłowa masa ciała), u 36,5% osób BMI waha się od 25 do 29,9 (nadwaga), a u 13,5% - od 30 do 45 (otyłość). Opinie badanych wskazały, że 18% uważało, że są poniżej prawidłowej wagi, a 26%, że ma nadwagę. Jednocześnie 38% mężczyzn chciało przybrać na wadze; 62% uprawiało sport, aby zrzucić wagę, 26% stosowało dietę, 3% stosowało regularne wymioty, a 2% stosowało w tym celu pigułki przeczyszczające (Ajibade, 2010).

#### **Zachowania związane ze snem**

Sen należy do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka i zachowania związane ze snem uznaje się także jako zachowania prozdrowotne. Do takich zachowań można zaliczyć: odpowiednia liczba godzin, układanie się do snu o tej samej porze, przygotowanie do snu (rytuały). Dorosły człowiek powinien poświęcać 7 do 8 godzin dziennie na sen. Po dobie nieprzerwanego czuwania zakłóceniu ulegają procesy psychiczne, a po dwóch dobach występują zaburzenia percepcji, obniżenie nastroju, niekiedy agresywność (Sadowski, 2007).

Z badań wynika, że co piąty dorosły Polak śpi krócej niż 7 godzin na dobę, co trzeci deklaruje, że śpi niezbyt dobrze (Woynarowska, 2007, GUS, 2006). Połowa dorosłych Polaków twierdzi, że minimum raz w tygodniu sypia krócej niż sześć godzin na dobę, w tym dla 9% regułą jest sen krótszy niż sześć godzin (CBOS, 2012).

## **Dbłość o ciało - badania profilaktyczne/ prewencyjne**

Co trzeci dorosły Polak do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza (34%). Co interesujące 17% (dane z 2012 roku) Polaków nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich, aczkolwiek liczba ta wzrosła w porównaniu z danymi z 2007 roku o 4% (w roku 2007 wynosiła 13%) (CBOS, 2012).

Jedna czwarta (27%) nie ma w zwyczaju chodzić profilaktycznie do dentysty (CBOS, 2012).

Z danych GUS (2006) wynika, że pomiar ciśnienia tętniczego krwi – kiedykolwiek w życiu – wykonało 90% osób dorosłych, z czego 66% w wieku od 15 do 19 r. ż., poziom cholesterolu we krwi – kiedykolwiek w życiu – ustaliło jedynie 50% Polaków, w tym od 15 do 19 r. ż. – jedynie 8% (Woynarowska, 2007, GUS, 2006).

Inną ważną grupą badań profilaktycznych są badania u kobiet: badania mammograficzne, badanie usg piersi, badanie cytologiczne. Badania kobiet od 30 r. ż. pokazują, iż liczba kobiet, które wykonywały takie badania w Polsce jest niewielka, a co więcej w niewielkim stopniu przyczyną ich wykonywania jest dbłość o własne zdrowie. Badania mammograficzne przynajmniej raz w życiu wykonało 10% do 60% kobiet, w zależności od wieku, a badania usg piersi od 15% do 38% kobiet. Co trzecia Polka wykonała te badania dzięki ogólnodostępnemu programowi badań, co czwarta ze względu na troskę o swoje zdrowie. Badania cytologiczne przynajmniej raz w życiu wykonało 87,3% kobiet w wieku od 30 do 39 r. ż. i 50,8% kobiet powyżej 70 r. ż. (Woynarowska, 2007, GUS, 2006).

## **Dbłość o ciało - ochrona przed nadmiernym nasłonecznieniem**

Obecnie często zwraca się uwagę na negatywne skutki intensywnej przewlekłej ekspozycji na promienie słoneczne i ich najgroźniejszy efekt – nowotwór skóry (czerniak skóry). W ciągu ostatnich 20 lat w Polsce liczba zachorowań zwiększyła się trzykrotnie (z

danych Centrum Onkologii, za: Woynarowska, 2007, GUS, 2006). Zmiany na skórze, spowodowane są głównie zbyt dużą dawką promieni UVB, mogą przyjąć formę oparzeń słonecznych, opalenizny, pojawianiem się piegów, znamion barwnikowych, nowotworów skóry. Według badań te ostatnie pojawiają się głównie u osób dorosłych, które w okresie dzieciństwa i młodości zamieszkiwały w rejonach wysoce nasłonecznionych, ulegały oparzeniom słonecznym, powstawały u nich zmiany barwnikowe. Wyższe ryzyko cechuje osoby o jasnej karnacji, z blond lub rudymi włosami, o jasnych oczach. Według WHO (2002) nowotworom skóry można zapobiegać, prowadząc kampanie społeczne, ze szczególnym zwróceniem uwagi na ochronę skóry u dzieci i młodzieży, nie tylko przed naturalnym słońcem, ale także przed promieniowaniem z lamp w solarium (pomimo tego, że solarium emituje głównie promienie UVA, mniej UVB).

## **Zdrowie psychiczne**

W ostatnich latach coraz silniej porusza się kwestie dotyczące zagadnień zdrowia psychospołecznego. Jest ono różnorodnie rozumiane, a na przestrzeni lat zmieniał się jego rozumienie (Sęk, 1993), a w jego definicjach można wyodrębnić trzy aspekty: negatywny - jako brak zaburzeń psychicznych, funkcjonalny - jako zdolność do spełnienia określonych oczekiwań, pozytywny - jako całkowity rozwój osobowości, z umiejętnością radzenia sobie w życiu (Kulmatycki, 2007). Samo zdrowie psychiczne według definicji WHO to „dobrostan w sferze psychicznej, emocjonalnej, społecznej i somatycznej, umożliwiający sprawne funkcjonowanie w otoczeniu, uzyskiwanie satysfakcjonujących osiągnięć i rozwijanie osobowości” (Czabała, 2000, s. 5). Rozumiejąc je w dwóch aspektach - pozytywnym i negatywnym - strona negatywna obejmuje zaburzenia i choroby psychiczne (Heszen, Sęk, 2007), a pozytywne zdrowie psychiczne, kierując się definicją WHO to „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnym stresami życia, może pracować wydajnie i owocnie oraz jest w stanie ofiarować coś swojej społeczności” (WHO, 2004). Same kategorie tego ostatniego są zróżnicowane - może to być samorealizacja, ogólna satysfakcja z życia (poczucie szczęścia), dobrostan psychiczny (well-being). W opisie osoby zdrowej psychicznie pojawiają się także takie właściwości psychiczne jak: poczucie własnej wartości, stosunek do samego siebie, adekwatne spostrzeganie rzeczywistości, radzenie



sobie z wymogami otoczenia, poczucie więzi społecznej, postawy wobec wartości (Johoda, 1958; John – Borys, 2006)

Ocena zdrowia psychicznego jest niebywale trudna ze względu na złożoność tego zjawiska. Powszechnie uważa się, że w krajach rozwiniętych dobrostan psychiczny osób dorosłych pogarsza się, a dodatkowo warto zauważyć, że kondycja psychiczna młodych ludzi w dużej mierze jest zależna od sprawności psychicznej i zachowania równowagi w sytuacjach trudnych u dorosłych.

Wyniki badań osób dorosłych wskazują, iż połowa Polaków martwi się o swoją przyszłość (51%), niezadowolenie z życia i brak wiary w pozytywne zmiany cechuje 22% dorosłych, a 11% patrzy optymistycznie w przyszłość (Czapiński, Panek, 2005).

Prawie połowa osób badanych wielokrotnie odczuwała w ciągu roku zdenerwowanie i rozdrażnienie. Poza tym niemal jedna trzecia badanych wiele razy czuła zniechęcenie i znużenie. Nieco ponad 30% często miał poczucie zniechęcenia i znużenia, 28% często doznawała uczucia bezradności. Ponadto niemal co czwarta osoba często odczuwała wściekłość, a 21% często przeżywało stany depresyjne (CBOS, 2009). W ciągu ostatnich lat zauważalne są także inne symptomy złej kondycji psychicznej dorosłych. Do codziennego przeżywania sytuacji stresowych przyznaje się 30%, niemal jedna trzecia (30%) minimum raz dziennie miewa sytuacje stresowe. Prawie co czwarty za działanie prozdrowotne uznaje w pierwszej kolejności unikanie sytuacji stresowych (29%) (CBOS, 2012).

### **2.3. Występowanie zachowań prozdrowotnych u adolescentów**

W literaturze można odnaleźć szereg różnych badań dotyczących zachowań prozdrowotnych u dzieci i młodzieży. Niejednokrotnie wiążą się one z samą koncepcją zdrowia u dzieci i młodzieży, zmieniając się w zależności od wieku badanych, a dokładniej rzecz biorąc od poziomu rozwoju poznawczego. Samo podejmowanie zachowań prozdrowotnych opisywane jest przez pryzmat ich wiedzy oraz aktywności związanej ze zdrowiem.

Idąc tym tropem John-Borys (2002) zapytała dorastających o znane im sposoby dbania o zdrowie i uzyskała następujące odpowiedzi: jako najczęstszą - odpowiedni ubiór w zależności od temperatury, następnie higieniczny tryb życia: mycie rąk, zębów, ciała, czyste ubranie, aktywny wypoczynek, odpowiednia ilość snu oraz aktywność fizyczna. Kolejne odpowiedzi to: stosowanie się do zaleceń lekarza, odpowiednie odżywianie, wczesne reagowanie na objawy choroby (szczepienia ochronne), a na samym końcu - unikanie pewnych sytuacji/ osób (np. zainfekowanych, nie branie substancji uzależniających). Badaczka wysnuła wniosek, że najistotniejszym dla dzieci jest dbanie o zdrowie w sposób świadomy oraz podejmowanie aktywności mającej na celu ochronę zdrowia.

Z kolei badania Williams, Wetton, Moon (1989), które objęły 20 tysięcy dzieci w Wielkiej Brytanii od 4 do 8 r. ż. oraz od 9 do 11 r. ż., pokazały, że najczęściej ujawniają się kategorie zachowań dotyczących aktywności fizycznej, wizyt u lekarza/dentysty, zdrowego jedzenia i napojów, świeżego powietrza, higieny, dbania o bezpieczeństwo, przyjmowania leków, instrukcji/zakazów, zabawy, przyjaźni, odpoczynku, snu, dbania o zęby, utrzymania temperatury, pracy/nauki. Badania Ostaszewskiego (1995), przeprowadzone tą samą metodą nad podejmowaniem przez dzieci zachowań zdrowotnych, ujawniły następujące kategorie: jedzenie i picie, higiena, mycie zębów, ćwiczenia fizyczne, przebywanie na świeżym powietrzu, przyjmowanie leków, utrzymanie temperatury, odpoczynek, wizyty u lekarza/dentysty.

Na młodzieży skoncentrowano badania i obserwacje prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Przykładem są badania Health Behaviour In School-aged Children HBSC, WHO Collaborative Cross-National Study, prowadzone są od roku 1982 w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej na temat zachowań zdrowotnych dorastających w wieku 11, 13 i 15 lat. Celem tych badań było uzyskanie informacji ważnych dla edukacji i promocji zdrowia. W Polsce badania HBSC prowadzone są od 1999 roku. Najnowszy polski raport HBSC z roku 2010 (HBSC, 2011) objął grupę 4571 uczniów w wieku od 10,5 do 16,5 r. ż. z ośmiu województw (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie). Badania HBSC dają możliwość porównania młodzieży polskiej z rówieśnikami z innych krajów. Dodatkowym ich atutem jest ich powtarzalność co 4 lata, a

co za tym idzie możliwość przyjrzenia się tendencjom zmian w czasie. Drugim wieloletnim programem badawczym, stworzonym przez grupę badaczy skupionych wokół Rady Europy, jest European School Survey Project on Alcohol and Drugs ESPAD (2011), który objął grupy 1848 osób, w tym 1679 uczniów (885 z trzecich klas gimnazjum oraz 794 z drugih klas szkół ponadgimnazjalnych), pozostałą grupę stanowili pedagodzy szkolni. Program ten jednak w większej mierze skupiał się na zachowaniach szkodliwych dla zdrowia.

## **Zdrowe odżywianie u młodzieży**

Pojęcie zdrowego odżywiania zawiera w sobie takie elementy jak: zachowania żywieniowe, stosowanie diety, uregulowane żywienie oraz unikanie lub ograniczanie spożycia niektórych produktów, dbałość o masę ciała. Zachowania te zostaną omówione poniżej.

### Zachowania żywieniowe, stosowanie diety

Zbilansowana dieta, czyli taka, która dostarcza odpowiedniej ilości energii i składników odżywczych jest jednym z warunków prawidłowego rozwoju, sprzyja dobremu samopoczuciu i jest ważnym elementem zapobiegania otyłości. Dzięki zrównoważonemu bilansowi energetycznemu masa ciała utrzymuje się na właściwym poziomie u dorosłych (stałym poziomie, z niewielkimi wahaniami), a u dzieci i młodzieży przyrosty masy ciała są zgodne z normą dla wieku. Jak już wspomniano wcześniej, wzorce zachowań żywieniowych, ukształtowane u młodzieży przeważnie są kontynuowane w dorosłości. Wiele badań (np. Lien, Lytle, Klepp, 2001) podkreśla, iż w wieku dojrzewania zmieniają się nawyki żywieniowe ze względu na to, że młodzi ludzie sami wybierają to, co jedzą, zazwyczaj nie biorąc pod uwagę konsekwencji dla zdrowia.

Powszechnym zjawiskiem jest nadkonsumpcja energii czyli nadmierne jedzenie (przejadanie się) (Ogińska - Bulik, 2004). Efektem jest odkładanie się tkanki tłuszczowej, nadwaga, otyłość. Najczęściej występuje otyłość prosta, jej przyczyną jest nieprawidłowe żywienie i mała aktywność fizyczna, szczególnie, gdy występują genetycznie

uwarunkowania. Przejadanie się może także być cechą różnych zaburzeń odżywiania – bulimii psychicznej, kompulsywnego objadania się, wilczego apetytu na słodkie (Wycisk, Ziółkowska, 2010). Dodatni bilans energetyczny u dzieci i młodzieży czyli większe spożycie energii niż jej wydatkowanie jest korzystne ze względu na procesy rozwojowe, aczkolwiek stałe przejadanie się może prowadzić do nadwagi w każdym okresie rozwojowym.

Normy żywieniowe dla osób w wieku od 16 do 18 r. ż. przy umiarkowanej aktywności fizycznej, w zależności od wagi ciała, to w przypadku chłopców 2600 do 3200 kcal / dobę, u dziewcząt od 2200 do 2600 kcal / dobę.

Badania młodzieży w Stanach Zjednoczonych, Polsce, Turcji i na Węgrzech (Piko, Gibbons, Luszczyńska, Tekozel, 2003) wskazały, iż o utrzymanie prawidłowej diety dba od 19,5% do 42,4% młodych ludzi.

#### Uregulowane żywienie oraz unikanie lub ograniczanie spożycia niektórych produktów

Uregulowane żywienie oznacza, że posiłki spożywane są w odpowiednich odstępach czasowych (co około 4 godzin), w stałych porach dnia (w tym pierwsze śniadanie przed pracą/szkolą, kolacja około 2 godziny przed położeniem się spać), z zachowaniem odpowiedniego procentowego rozdziału energii na poszczególne posiłki (przy 4 posiłkach: pierwsze śniadanie 25%, drugie śniadanie – 10%, obiad – 40%, kolacja – 25%). Wyniki badań wskazują, iż pierwsze śniadanie to najważniejszy posiłek dnia. Poziom glukozy we krwi po spaniu jest niski, a bez posiłku może się jeszcze obniżyć, co obniża sprawność funkcjonowania komórek, dla których glukoza jest jedynym źródłem energii, tym samym obniżając poziom procesów poznawczych (głównie szybkość przypominania).

Badania polskiej młodzieży w wieku od 11 do 15 r. ż. pokazały, że 39% nie je śniadań w dni szkolne, a 26% nie spożywa żadnego posiłku w szkole (Wojnarowska, 2004).

W badaniach HBSC (2011) brano pod uwagę częstość spożywania śniadań. We wcześniejszych badaniach pytano także o inne posiłki (obiady, kolacje), jednak w międzynarodowych badaniach zrezygnowano z tych pytań ze względu na różnice

kulturowe w definiowaniu poszczególnych posiłków (Vereecken, 2009). Wyniki badań wskazały, iż ponad połowa z przebadanej grupy polskiej młodzieży 17 i 18-letniej (52,2%) spożywa śniadania codziennie, jednocześnie ¼ badanych (26,6%) nigdy nie spożywa śniadań w ciągu tygodnia.

Częstość spożywania wybranych produktów korzystnych dla zdrowia (owoce i warzywa) według badań HBSC (2011) spada wraz z wiekiem. Wśród starszej młodzieży (17 – 18 r. ż.) wyniki kształtują się tak, iż około 45% je owoce 2 do 4 razy w tygodniu, jedynie około 9% spożywa je codziennie, a 1,2% nie je ich w ogóle. Na podobnym poziomie kształtuje się spożywanie warzyw. Produkty niekorzystne dla zdrowia (słodczy) są konsumowane codziennie, częściej niż raz dziennie przez tę młodzież w 13,5%, 2 do 4 razy w tygodniu przez 34,2%, a 1,7% deklaruje, że nie spożywa słodczy.

Wykazano także różnice w podejmowaniu zachowań korzystnych dla zdrowia w zależności od płci badanych. Dziewczęta nie jedzą regularnie śniadań. Chłopcy zaś rzadziej deklarują spożywanie owoców, warzyw, za to częściej piją napoje wysokosłodzone. Im młodzież starsza tym częściej sięga po żywność zawierającą cukier i tłuszcze.

#### Dbłość o ciało - masa ciała

Poważnym problem zdrowotnym uczniów w Polsce jest nadwaga i otyłość. Według WHO otyłość dzieci w krajach Europy Zachodniej na początku lat 80-tych wynosiła około 10%, a już pod koniec lat 90-tych wynosiła około 20% (WHO, 2005), a w Polsce dotyczy 13% młodzieży w wieku 13 do 15 r. ż. (Jodkowska, 2006; Oblacińska, Woynarowska, 2007, Woynarowska, 2007).

Międzynarodowy protokół badań HBSC (2011) uwzględniał badania dotyczące tego aspektu (waga ciała według wskaźnika Body Mass Index BMI, czyli masa ciała w kilogramach/ wzrost w m<sup>2</sup>). Okazało się, iż odsetek polskiej młodzieży z nadmiarem masy ciała jest większy niż w innych krajach w Europie. Najwyższe odsetki można dostrzec wśród młodszej młodzieży – 25,4% chłopców w wieku 11 lat i 17,9% dziewcząt w tym wieku (dane z 2010 roku). Wśród młodzieży 15 - letniej wskaźniki kształtują się na poziomie 17,5% u chłopców, 11,1% wśród dziewcząt. Przyglądając się wynikom tychże badań w latach 2002 do 2010, stwierdzono rosnący odsetek uczniów z nadwagą.

Z analizy wyników badań nad uczniami w wieku od 17 do 18 r. ż., widać, iż nadwagę ma 10,9% adolescentów, na otyłość cierpi 2,5% (HBSC, 2011). Według danych WHO (2005) w tej samej kategorii wiekowej masa ciała 83,2% młodych ludzi jest w normie, niedobór masy ciała dotyczy 4%, nadwaga cechuje 7,8%, a otyłość - 5%.

### Samoocena masy ciała

Raport HBSC (2011) uwzględniał także pytania dotyczące subiektywnej oceny masy ciała – „gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowanie za szczupły, trochę za szczupły, w sam raz, trochę za gruby, zdecydowanie za gruby”. Wysoki odsetek uczniów obu płci uważających się za grubych jedynie częściowo znajduje potwierdzenie w rzeczywistej nadwadze. Uczniowie oceniający swoją masę ciała jako „w sam raz” stanowią mniejszość w porównaniu z młodzieżą, która ma prawidłową masę ciała (według wskaźnika BMI). Jeśli wyniki ograniczy się jedynie do osób z masą prawidłową lub poniżej normy, okazuje się, że prawie połowa uczennic uważa się za osoby „zbyt grube”. Niezadowolenie ze swojej masy ciała obejmuje coraz młodsze roczniki.

Zmieniający się wygląd w tym wieku jest trudny do akceptacji dla młodych ludzi, ze względu na odbiegający – w ich mniemaniu - od ideału szczupłej figury kobiecej i umięśnionej sylwetki męskiej. Liczne badania podkreślają pojawiające się tu zagrożenie podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak: stosowanie diet odchudzających czy stosowania sterydów anabolicznych.

Warte uwagi jest przyjrzenie się samoocenie masy ciała przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych (HBSC, 2011). Jedynie 37% uczniów uznaje, że ich masa ciała jest „w sam raz”, 33,8% uważa, że jest „trochę za gruby/gruba”, a 5,9% - „zdecydowanie za gruby/gruba”, natomiast 5,1% z nich uznaje się za „zdecydowanie za szczupłego/szczupłą” oraz 18,2% adolescentów ocenia się jako „trochę za szczupłego/szczupłą”.

## **Zdrowie fizyczne: aktywność fizyczna i zajęcia w czasie wolnym**

Aktywność fizyczna jest jednym z warunków zachowania i wzmacniania zdrowia na każdym etapie życia. Odpowiedni poziom ruchu stymuluje rozwój fizyczny, motoryczny i psychospołeczny dzieci i młodzieży, także skutkuje choćby redukcją masy tłuszczowej organizmu, poprawia strukturę kości, siłę mięśni, ich wytrzymałość, sprzyja również lepszej samoocenie i poprawie jakości relacji społecznych.

Odpowiedni poziom aktywności fizycznej w dzieciństwie i podczas dorastania stwarzają szanse na całożyciową aktywność fizyczną. Według badań aktywność fizyczna dzieci młodzieży zmniejsza się z wiekiem. Odsetek nastolatków, którzy osiągają zalecany jej poziom, w zależności od płci, waha się u 11 – latków: 39 – 45%, 13 – latków: 27 – 40%, 15 – latków: 23 – 38%, 18 – latków: 11 – 17% (w tym niższe wartości przypadają na dziewczęta, wyższe – chłopców) (Wojnarowska, 2007).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2005) oraz innych instytucji zaleca się dla dzieci w wieku szkolnym około 60 minut codziennie ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności (Prochaska, Salis, Long, 2001). Forma powinna być dostosowana do etapu ich rozwoju i być źródłem przyjemności i satysfakcji. Przy tym czas spędzany na różnych zajęciach nie wymagających aktywności fizycznej (określanych czasem w literaturze jako zajęcia sedenteryjne) w czasie wolnym powinna według różnych źródeł wynosić od 2 do maksymalnie 4 godzin dziennie, w zależności od typu zajęć, najmniej czasu powinno być poświęcanego na tzw. „screen time” - czas spędzony przed ekranem telewizyjnym, komputerowym (Mark, Janssen, 2008, American Academy of Pediatrics Committee on Public Education, 2001).

Badania HBSC (2011) wskazały, że 12,2% osób wieku od 17 do 18 r. ż. nie uprawiało żadnej aktywności fizycznej (w tym ćwiczeń podczas przedmiotu wychowanie fizyczne) w ciągu ostatniego tygodnia. Około 60% uprawiało ją raz do czterech w ciągu tygodnia, łącznie przez 60 minut dziennie. Częstość wykonywania przez młodzież młodszą (15 i 16-letnią) w wolnym czasie poza zajęciami szkolnymi ćwiczeń fizycznych kształtuje się następująco: 14% ćwiczyło codziennie, 26,2% dwa do trzech razy w tygodniu, 17% raz w tygodniu, 8% raz w miesiącu, 8,8% mniej niż raz w miesiącu, 9,9% w ogóle jej nie uprawiało. Młodzież gimnazjalna poświęcała pół godziny w ciągu tygodnia na ćwiczenia

fizyczne (poza zajęciami szkolnymi) o dużej intensywności w koło 23%, około godziny poświęcało 22,3%, 2 do 3 godzin – 22,7%, od 4 do 7 godzin – niecałe 8% badanych.

Istnieją także różnice zależne od płci w częstości podejmowania tychże zachowań. Dziewczeta rzadziej podejmują jakąkolwiek aktywność fizyczną.

Badania HBSC (2011) wskazują, iż młodzież gimnazjalna przeznacza na zajęcia nie wymagające aktywności fizycznej więcej czasu podczas weekendów niż w dni powszednie. W latach od 2006 do 2010 zaobserwowano wzrost średniej liczby godzin spędzanych przez młodzież przy komputerze.

## **Zdrowie psychiczne**

Według Europejskich Strategii dla Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży WHO Euro (2005) jednym z głównych priorytetów jest odpowiednio ukierunkowana edukacja zdrowotna i rozwój sieci Szkół Promujących Zdrowie. Wnioski takie zostały wysunięte na podstawie zebranych danych, które pokazały, że zaburzenia zdrowia psychospołecznego obejmuje 20% populacji dzieci objętych nauczaniem, a kolejne lata pokazały, iż wskaźniki te rosną.

W przypadku polskich dzieci i młodzieży dane Bomby (2006) wskazują także, iż 15 do 20% młodych ludzi wymaga opieki psychologa i/ lub psychiatry. Najwięcej młodych ludzi ma problemy z radzeniem sobie z emocjami, odpowiednim zachowaniem i funkcjonowaniem społecznym (około 40%). Dane wskazują, że najczęściej pojawiającymi się problemami są: zaburzenia jedzenia, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia w zachowaniu, zaburzenia nastroju (Bomba, Modrzejewska, 2006).

Badania Jodkowskiej (2006) nad młodzieżą 16 i 18-letnią pokazały, iż prawie 40% z nich odczuwało codziennie lub częściej niż raz w tygodniu zdenerwowanie, prawie 30% - rozdrażnienie, obniżony nastrój, około 20% - przygnębienie, objawy psychosomatyczne (ból głowy, problemy ze snem), 3,6% - lęk, niepokój. Zauważono także różnice płciowe w tym badaniu. Dziewczeta częściej odczuwały negatywne emocje i były bardziej niezadowolone z życia niż chłopcy w tych kategoriach wiekowych. Połowa z badanych dziewcząt odczuwało stres psychologiczny (29% chłopców). Najgorsze wyniki w zakresie



stanu psychicznego osiągnęły dziewczęta w wieku 18 lat (w zależności od parametrów od 20 do 35%).

Z badań prowadzonych przez Czabałę, Brykczyńską, Bobrowskiego i Ostaszewskiego (2005) wynika, że wśród młodzieży gimnazjalnej w wieku 13 lat blisko 50% ma już poważne problemy związane ze zdrowiem psychicznym, a 11% doświadcza silnego dystresu psychicznego, i deklaruje, że przez około 14 dni w miesiącu funkcjonuje źle. Ze względu na to, że stan psychiczny i możliwości jego zmian zależne są w dużej mierze od środowiska, nastrój i emocje w rodzinie, klimat szkoły i metody pracy nauczycieli wpływają na samopoczucie młodzieży. Wysłunięto wniosek, że kondycja psychiczna młodych ludzi w dużej mierze jest zależna od sprawności psychicznej ich opiekunów i zachowania równowagi w sytuacjach trudnych przez dorosłych (Czabała, Brykczyńska, Bobrowski, Ostaszewski, 2005).

Przedstawiony przegląd badań pozwala zauważyć, że poważnym problemem zdrowotnym polskiej młodzieży jest nieprawidłowa masa ciała lub też niezadowolenie z masy ciała. Po części może ona wynikać ze zmiany wzorców spędzania wolnego czasu i siedzącego trybu życia. Nawet wysoka aktywność fizyczna nie są w stanie zrównoważyć wpływu nadmiernego przesiadywania przed komputerem czy telewizją. Inni autorzy wskazują również na częste występowanie czynników ryzyka zaburzeń odżywiania. Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży także są niepokojące. Znaczna część młodych ludzi nie jest zadowolona ze swojego życia, zgłasza symptomy nieprzystosowania. Ogólnie badania wskazują na pogarszającą się kondycję psychiczną polskiej młodzieży.

## **Rozdział 3**

### **Zachowania ryzykowne i ich występowanie**

#### **3.1. Definicje zachowań ryzykownych**

Zachowania niekorzystne, szkodliwe dla zdrowia mogą zdrowie uszkadzać, zagrażać – są to wówczas zachowania ryzykowne i utrudniają zdrowienie. Jest to definicja często obecnie wykorzystywana (Heszen-Klemens, 1979; Sęk, 1997; Heszen, Sęk, 2007).

Zdaniem Heszen-Klemens (1979) zachowania negatywne (antyzdrowotne) są czasem określane jako ryzykowne lub problemowe. Są wówczas rozumiane jako takie zachowania, które stwarzają ryzyko dla zdrowia, powodują bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne. Dla Schwarzera (1990) zachowania ryzykowne, stanowiące niejako przeciwieństwo zdrowotnych, są definiowane jako takie działania człowieka, które pociągają za sobą wysokie ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla jego zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dla jego otoczenia społecznego. Podobnie ujmuje to Ostaszewski (2003). Zachowania tego rodzaju są często traktowane jako przejawy tendencji autodestrukcyjnych (Suchańska, 1998), ale zdaniem innych badaczy, mogą one służyć zaspokojeniu ważnych potrzeb jednostki, często też pełnią funkcję radzenia sobie ze stresem wywołanym trudnościami życia codziennego (Jessor, Jessor, 1977). Zdaniem Kubackiej-Jasieckiej (2008) zachowań ryzykownych nie należy utożsamiać za zachowaniami autodestrukcyjnymi. Zachowania ryzykowne są ekspansywne, ukierunkowane na podniesienie pewności siebie, wzrost poczucia kontroli i obniżenie negatywnych, przykrych emocji. Mogą im towarzyszyć także trudności z przewidywaniem tego co stanie się później i ich następstw. Nagradzający charakter zachowań ryzykownych, według Chodkiewicza (2010), łączy je z różnymi zmiennymi psychologicznymi, niekoniecznie związanymi z psychopatologią, jak ma to miejsce w przypadku zachowań autodestrukcyjnych.

Nieco inaczej ujmuje zachowania ryzykowne Sęk (2002), wskazując na związek bezpośredni i pośredni zachowania ze zdrowiem i doświadczanym samopoczuciem. Bezpośrednimi działaniami szkodliwymi dla zdrowia są np. palenie tytoniu, uprawianie ryzykownego seksu (możliwość przenoszenia chorób drogą płciową), natomiast

pośrednimi działaniami - nieprawidłowa dieta mająca wpływ na otyłość, podwyższony cholesterol, co pociąga w konsekwencji zmiany miażdżycowe.

Irwin zdefiniował zachowania ryzykowne jako działania z własnej woli, których skutki pozostają niepewne, z możliwością dającego się określić negatywnego skutku dla zdrowia (Irwin, 1990). Inny podział dokonywany w socjologii, określa zachowania jednostki jako antyzdrowotne, gdy naruszają zasoby i niszczą potencjał zasobów zdrowotnych (Słońska 1994; Parsons, 1969).

W niniejszej pracy przyjęto definicję Moore i Gullone (1996). Autorki zdefiniowały zachowania ryzykowne młodzieży jako „zachowania, które pociągają negatywne konsekwencje (stratę), ale są zrównoważone przez postrzeganie pozytywnych konsekwencji (zysk)” (s. 347). Są to zachowania antyspołeczne, buntownicze, impulsywne oraz mające wartość stymulującą.

## **Rodzaje zachowań ryzykownych**

Termin zachowania ryzykowne stosowany jest w celu połączenia pojęciowego różnych potencjalnie szkodliwych dla zdrowia zachowań. Kazdin (1996) wśród zachowań ryzykownych wymienia: palenie tytoniu, używanie alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych (narkotyków, środków wziewnych, leków), wczesną aktywność seksualną oraz zachowania agresywne i przestępcze. Szymańska (2002) uzupełniła tę listę o takie zachowania jak np.: porzucanie nauki szkolnej, ucieczki z domu, stosowanie diet (różnorakich) w celu bycia bardziej atrakcyjnym. Badacze wyróżniają także: ryzykowne zachowania seksualne, takie jak współżycie z wieloma partnerami, przygodne kontakty seksualne, różnorodność kontaktów płciowych, przemoc seksualna, sponsoring, prostytutka heteroseksualna i homoseksualna oraz samobójstwo lub zabójstwo (Imacka, Balsa, 2012). Do zachowań ryzykownych zalicza się także: jeżdżenie na deskorolce, stosowanie tabletek odchudzających, niestosowanie pasów bezpieczeństwa w samochodzie, prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu, upijanie się, wążanie kleju, późny powrót do domu, nielegalne wyścigi w nocy po mieście, stosowanie sterydów (Cohn, Macfarlane, Imai, Yanez, 1995).

Dzięki obszernej analizie zachowań ryzykownych podejmowanym przez młode osoby (Gullone, Moore, Moss, Boyd, 2000) dokonano także innej klasyfikacji rodzajów tychże zachowań. Podzielono je na cztery kategorie. Pierwsza kategoria to poszukiwanie silnych wrażeń, obejmująca takie zachowania jak: jeżdżenie na nartach, trenowanie taekwondo, jeżdżenie na rolkach, spadochroniarstwo, konkurowanie z rówieśnikami, latanie samolotem, porzucenie szkoły. Drugi obszar nazwano buntowaniem się przeciw różnym normom, skupia on takie zachowania jak: spożywanie alkoholu, palenie papierosów, upijanie się, zażywanie narkotyków, przebywanie poza domem w nocy. Kolejna grupa zachowań ryzykownych to zachowania brawurowe, przykładami takich zachowań są: prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu, kradzież samochodu w celu jeżdżenia nim dla zabawy, seks bez zabezpieczania się, bardzo szybka jazda samochodem, prowadzenie samochodu bez prawa jazdy. Czwarta kategoria to zachowania antyspołeczne, tutaj można wymienić takie zachowania jak: dokuczanie innym ludziom, oszukiwanie innych ludzi, nawiązywanie znajomości z przypadkowo spotkanymi ludźmi, wążanie toksycznych substancji (np. kleju) (Gullone, Moore, Moss, Boyd, 2000). Badania australijskie w pokazały, iż chłopcy w wieku dorastania wykazywali silniejszą niż dziewczęta gotowość do podejmowania zachowań ryzykownych w zakresie trzech kategorii zachowań: poszukiwania silnych wrażeń, zachowań brawurowych i zachowań antyspołecznych.

Wielu badaczy zwraca również uwagę, że wiele zachowań ryzykownych współwystępuje ze sobą. Co więcej, powiązanie różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia jako jednej grupy jest „użyteczne” teoretycznie, że względu na to, że pozwala badać poszczególne zachowania w kontekście innych (Igra, Irwin, 1996). Prawdopodobieństwo łączenia się zachowań ryzykownych jest na tyle wysokie, że zwiększa wówczas zagrożenia zdrowotne. Liczne badania empiryczne wskazują, że podejmowane przez młodzież zachowania szkodliwe dla zdrowia są skorelowane ze sobą. Oznacza to, że podejmowanie jednego rodzaju zachowań tego typu może wskazywać na podwyższone prawdopodobieństwo angażowanie się w inne zachowania albo wzory zachowań ryzykownych (Osgood, Johnston, O'Malley, Bachman, 1988, Irwin, Shafer, 1992).

### **3.2. Badania na temat częstości występowania zachowań ryzykownych wśród dorosłych**

#### **Papierosy**

Statystyki dotyczące występowania zachowań ryzykownych prowadzone w różnych krajach wskazują, że częstość występowania zachowań antyzdrowotnych jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. Dane GUS (2011, Moskalewicz, 2006) wskazują, iż w Polsce do palenia papierosów przyznawało się 38% mężczyzn (wynik procentowe w ciągu 5 lat zmniejszyły się jedynie o 2% w grupie mężczyzn) i 23% kobiet, z czego najwięcej wśród osób około 40 r. ż. i osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz wśród osób rozwiedzionych. Połowa dorosłych Polaków deklaruje, że nigdy nie paliła tytoniu (51%), 18% przyznaje się, że paliły w przeszłości, 30% pali obecnie, w tym codziennie 26%.

Palenie tytoniu znacznie zmalało w Stanach Zjednoczonych pośród ogólnej populacji i według danych Central for Disease Control and Prevention (2007) wynosi 21% pośród dorosłych Amerykanów. Wyniki pokazują, że wśród właśnie dorosłych obywateli Stanów Zjednoczonych sięganie po papierosy spada, to jednak wśród populacji studentów college'ów rozpowszechnienie tego zachowania wcale nie spada i utrzymuje się na poziomie zbliżonym – 28%.

Z danych zgromadzonych przez Ajibade (2010) okazało się, iż 15% czarnoskórych mężczyzn, studentów college'ów w wieku 18 – 30 r. ż. (z czego 80 % to osoby w wieku 18 – 20 lat; 20% to osoby 21 – 30 r. ż.), pochodzących z południo-wschodniej części Stanów Zjednoczonych, na pytanie, czy palą papierosy, odpowiedziało twierdząco, a jako czas rozpoczęcie palenia 1/3 osób badanych wskazała przedział 18 do 20 r. ż. Z kolei badania (Quadrel, Fischhoff, Davis, 1993) nad kanadyjską młodzieżą w wieku od 16 do 21 r. ż. wskazują, że początki palenia wyrobów tytoniowych ma miejsce w wieku właśnie 16 do 18 r. ż.

## Alkohol

Badania dotyczące ilości i struktury spożywanego alkoholu w Polsce w latach 1993 - 2009, według danych statystycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA, 2008) pokazują, iż wzrosła średnia ilość spożywanego alkoholu w Polsce. W 1993 r. wartość ta wynosiła średnio 6.5 litra na mieszkańca, w 2009 r. – 9.1 litra. Na przestrzeni lat 2001- 2009 Polacy częściej sięgali po wyroby spirytusowe oraz po piwo. Raport: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008 (PARPA, 2008) wyznacza podstawowe wzorce i schematy spożywania alkoholu w Polsce. Najczęściej spożywanymi napojami alkoholowymi są: piwo, wino i wódka (34%). Najczęściej spożywamy alkohol w weekendy (65%), w mieszkaniach prywatnych (61% pijących piwo, 70% wódkę i 80% wino) wśród rodziny lub znajomych, co pociąga za sobą wniosek, że spożywanie alkoholu jest aktywnością towarzyską i ma zbiorowy charakter. Raport ten nakreśla także najczęstsze cechy socjo-demograficzne i ekonomiczne osób spożywających alkohol, z rozróżnieniem na płeć. Zaprezentowane dane pozwoliły autorom raportu stworzyć „portret” kobiet i mężczyzn najczęściej spożywających alkohol. Największe spożycie alkoholu występuje wśród niezamężnych kobiet w wieku od 18 do 39 r. ż., z wyższym wykształceniem, uczących się lub zatrudnionych jako pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia, mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców, oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą. Profil mężczyzny najczęściej spożywającego alkohol to taki, który mieści się w przedziale wiekowym od 30 do 49 r. ż., najczęściej rozwiedziony, posiadający wykształcenie zawodowe zasadnicze, zajmujący szeregowie stanowiska albo będący pracownikiem niewykwalifikowanym lub też bezrobotnym, najczęściej są to mieszkańcy miast liczących od 50 do 500 tys., oceniający swoją sytuację materialną jako niezadawalającą.

Statystyki dotyczące spożywania alkoholu przez dorosłych Polaków (GUS 2011, Moskaiewicz, 2006) pokazują, że w ciągu ostatniego roku prawie  $\frac{3}{4}$  osób piło napoje zawierające alkohol, z czego codziennie piło 2% osób, raz do sześciu razy w tygodniu – 20,5%. W każdym tygodniu (w tym codziennie) do konsumpcji alkoholu przyznaje się 30% mężczyzn i 12% kobiet. Wśród młodzieży pomiędzy 15 a 19 r. ż. zauważa się małe różnice płciowe we wzorach picia alkoholu.

Analizy prowadzone w Stanach Zjednoczonych pokazują, że 81% studentów przynajmniej raz w życiu było w stanie upojenia alkoholowego (mierzonego jako wypicie ponad pięciu drinków jednego wieczoru) (Arnett, 1996), a dane Central for Disease Control and Prevention (CDC, 2007; Flores, Tschann, Dimas, Pasch, de Groat, 2010) wskazują, iż młodzi Amerykanie pochodzenia latynoskiego podejmują więcej zachowań ryzykownych związanych z piciem alkoholu niż Afroamerykanie czy też Amerykanie pochodzenia europejskiego. Do picia alkoholu przyznaje się 78% Latynosów, 76% Amerykanów pochodzenia europejskiego i 69% Afroamerykańskiego.

### **Narkotyki, dopalacze**

Dane GUS (2011, Moskalewicz, 2006) wskazują, iż w Polsce okazało się, że najczęściej używaną substancją psychoaktywną jest haszysz lub marihuana. 1,5% badanych stosowało je na jakimś etapie życia. Kolejne pozycje zajmują: leki (bez konsultacji z lekarzem) – 1,2%, amfetamina – 0,3%. Najczęściej po te substancje sięga młodzież między 15 a 24 r. ż. oraz młodzi dorośli w wieku od 25 do 34 r. ż. Co prawda odsetek osób młodych sięgających po niedozwolone substancje jest wciąż niski, jednak biorąc pod uwagę rozpowszechnienie zjawiska w innych krajach europejskich (np. badania Ciairano, Kliwer, Rabaglietti, 2009, które pokazały, iż największe nasilenie palenia marihuany występuje we Włoszech wśród młodzieży od 17 do 20 r. ż.) i przewidywania GUS, a także zmiany w latach 1992 do 2005, kiedy to odsetek osób biorących narkotyki w wieku 16 – 24 r. ż. znacznie wzrósł, można oczekiwać, że tak też stanie się w najbliższych latach w Polsce.

Co najmniej raz w życiu 41% amerykańskich studentów w wieku od 20 do 23 r. ż. paliło marihuanę, a 13% stosowało inne narkotyki (Arnett, 1996). Co więcej, dane Central for Disease Control and Prevention (CDC, 2007) oraz Flores, Tschann, Dimas, Pasch i de Groat (2010) wskazują, że jeśli chodzi o używanie „twardych” narkotyków – młodzi Latynosi mają wyższe wskaźniki w stosowaniu kokainy – 11%, w porównaniu z 7% dla Amerykanów pochodzenia europejskiego, 2% dla pochodzenia Afrykańskiego (z czego dla heroiny – 4% Latynosi, pozostali 2%, natomiast extasy – 7% Latynosi, odpowiednio 6% dla Euroamerykanów, 4% dla Afroamerykanów).

Dopalacze (legal highs, boosters, herbal highs, smarts), przedstawiane jako alternatywa dla narkotyków, co przyczynia się do ich popularyzacji wśród młodych ludzi (Raport Krajowy 2009. Sytuacja narkotykowa w Polsce, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2009), to substancje wykazujące psychoaktywne działanie, sprzedawane jako produkty „kolekcyjne”, rzekomo nie nadające się do spożywania przez ludzi. W literaturze wciąż można znaleźć niewiele opracowań dotyczących tych nowych substancji psychoaktywnych. Wiadomo jednak, że podobnie jak narkotyki wpływają w sposób negatywny na ośrodkowy układ nerwowy i ich stosowanie może wywołać szereg zaburzeń zdrowotnych (problemy w funkcjonowaniu układu krążenia, stany obniżonego nastroju, depresje, problemy ze snem, zatrucia) oraz mogą prowadzić do uzależnień. Stosuje się podział na naturalne, inaczej pochodzenia roślinnego (to te które w swoim składzie zawierają jedynie substancje pochodzenia biologicznego i sprzedawane są w postaci suszonych ziół, kadzideł itp.) i syntetyczne (które w swoim składzie zawierają domieszkę substancji otrzymanej na drodze syntezy składników metodami chemicznymi).

Z dostępnych danych polskich warto przedstawić badanie Garus-Pakowskiej, Moczulskiego i Drozdowskiej (2012) zrealizowane w okresie od 2010 do 2011 r. pośród 288 osób, studiujących na łódzkich uczelniach wyższych. Okazuje się, że po dopalacze sięgnęło aż 23% studentów. Niepokojącym wydaje się, że co dziesiąty student używał dopalaczy regularnie, a co drugi – czasami. Najczęściej stosowali je mężczyźni, studenci pochodzący z dużych miast oraz ci, którzy podczas trwania studiów mieszkali w akademiku. 77% badanych deklarowało ciekawość jako powód sięgania po nie. Grupa dopalaczy, po którą sięgano najczęściej, to tak zwane „poprawiacze nastroju”. Miejscem, w którym badane osoby najczęściej kupowały dopalacze, były sklepy z dopalaczami. Skutki uboczne związane z zażyciem dopalaczy wystąpiły u 51% badanych. 71% badanych łączyło dopalacze z alkoholem lub narkotykami.

Więcej badań realizowanych jest w ramach nauk medycznych i farmakologicznych. Spora ich część dotyczy najsilniejszego znanego naturalnego związku halucynogennego, jakim jest salwinoryna A, której źródłem są liście szalwii wieszczej (Zawilska, Wojcieszak, Kuna, 2010). W ciągu ostatnich 10 lat obserwuje się niepokojąco szybko narastający wzrost zainteresowania tą substancją (Pavarin, 2006; González, Riba, 2006; EMCDDA, 2008; Lange, Reed, 2008; Vohra, Seefeld, 2011; Schmidt, Sharma, 2011). Raport National Institute on Drug Abuse USA z 2009 r. (NIDA, 2009) podaje, że 5,7% uczniów klas 8-12 w ciągu ostatniego roku stosowało szalwię wieszczą. Opublikowane w



2008 r. wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w grupie 1571 wśród amerykańskich studentów w wieku około 22 lat wykazały, że 4,4% z nich zażywało szalwiewie w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dla porównania 5,5% stosowało ekstazy, 7,1% kokainę i 35% marihuanę. Wśród użytkowników szalwii dominowali mężczyźni - studenci, nadużywający alkoholu oraz stosujący inne środki psychoaktywne (Lange, Reed, 2008). Vohra, Seefeld, Cantrell i Clark (2011) w swoich badaniach podkreślali częste łączenie szalwii wieszczej z innymi związkami odurzającymi – głównie alkoholem i marihuaną, oraz pochodnymi amfetaminy. Także sprawozdanie roczne European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2008), dotyczące problemów narkotykowych w Europie, zwraca uwagę na fakt stosowania mieszanek środków psychoaktywnych zawierających różnorodne związki, w tym preparaty z szalwii wieszczej. Prognozy zakładają, że w ciągu najbliższych kilku lat stosowanie szalwii wieszczej może osiągnąć poziom porównywalny z innymi związkami halucynogennymi, np. fencyklidyną, 3,4,-metylenodioksymetamfetaminą (MDMA) lub LSD (Cole, Goudie, Field, Loverseed, Charlton, Sumnall, 2008).

### **Zachowania seksualne**

Z danych Izdebskiego (Izdebski, 2006) wynika, iż ryzykowne zachowania seksualne podejmowane przez osoby w wieku od 15 do 49 r. ż. to: kontakty oralne, z wytryskiem nasienia do ust: 29% mężczyzn, 19% kobiet; kontakty analne – 21% mężczyzn, 16% kobiet; stosunek seksualny bez prezerwatywy z przypadkowym partnerem: 36% mężczyzn, 47% kobiet; stosunki seksualne bez zabezpieczenia przed ciążą – 27% mężczyzn i kobiet, stosunek przerywany – 20%, metody naturalne – 3%. Z danych przytoczonych przez Izdebskiego wynika, że z odpłatnych usług seksualnych w ciągu ostatniego roku korzystało 12% mężczyzn i 0,7% kobiet. Jedynie 6% osób w badanej grupie zrobiło test na obecność wirusa HIV, 91% Polaków nigdy takiego testu nie zrobiło. Wśród badanych w wieku 15 – 49 r. ż. którzy nie wykonali testu: 50% stwierdziło, że nie czuło takiej potrzeby, 33% nigdy się nad tym nie zastanawiało, 21% uważa, że HIV/AIDS ich nie dotyczy, gdyż są pewni swoich partnerów. Warto zauważyć, na podstawie tych samych badań okazuje się, że 28 % Polaków deklaruje, że mają obecnie stałego partnera seksualnego poza mężem czy żoną (25% kobiet i 31% mężczyzn).

Liczba młodych Amerykanów zakażonych wirusem HIV lub STD (sexually transmitted diseases STD lub sexually transmitted infections STI, inaczej chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HPV oraz nowotworami narządów rodnych), żyjących obecnie w Stanach Zjednoczonych, wzrosła o 42% w porównaniu z latami 2000 do 2004 (Central for Disease Control and Prevention CDC, 2007). Amerykanie pochodzenia latynoskiego mają wyższe wskaźniki w podejmowaniu licznych kontaktów seksualnych i liczby partnerów seksualnych (17%) w porównaniu do Euroamerykanów – 12%. Seks bez zabezpieczenia jest popularniejszy u młodszych Amerykanów, choć zmienia się to wraz z wiekiem (CDC, 2007). Większość jednak badań amerykańskich skupia się wokół ryzykownych kontaktów seksualnych związanych z wczesną inicjacją seksualną (Rich, Kim, 2002), z wiekiem partnera (Bauermeister, Zimmerman, Caldwell, 2010), nie stosowaniem prezerwatyw ani innych środków antykoncepcyjnych (DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Cobb, Harrington, 2001), chorobami przenoszonymi drogą płciową STI (STD) (Ford, Lepkowski, 2004) i przemocą podczas seksu (Gielen, McDonnell, O'Campo, 2002).

Z kolei dane z badań Arnett (1996) wskazują, że co najmniej raz w życiu 40% studentów (od 20 do 23 r. ż.) uprawiało seks bez zabezpieczenia, a 34% z przypadkowo poznaną osobą.

### **3.3. Występowanie zachowań ryzykownych u adolescentów**

Dane statystyczne z badań nad zachowaniami ryzykownymi u adolescentów wskazują, iż podejmują oni znacznie więcej i częściej szkodliwe dla zdrowia zachowania niż osoby dorosłe. Przykładowo prowadzą samochody szybciej niż dorośli (Jonah, 1986), mają wyższe wskaźniki w chorobach przenoszonych drogą płciową (Irwin, Shafer, 1992), częściej stosują środki narkotyczne (Arnett, 1996), częściej podejmują zachowania przestępcze (Arnett, 1996). Co więcej, wyniki pokazują także, że większość tych zachowań nasila się wraz z wiekiem oraz występuje częściej u osób płci męskiej (HBSC, 2011).

Raport HBSC z 2010 roku (HBSC, 2011), opisany w poprzednim rozdziale, mający za zadanie śledzenie zmian w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży

szkolnej, uwzględniał siedem wskaźników dotyczących zachowań ryzykownych, takich jak: palenie tytoniu, picie piwa, upijanie się, palenie marihuany, inicjacja seksualna, bycie sprawcą przemocy w szkole, udział w bójce. Dzięki możliwości porównania młodzieży polskiej z rówieśnikami z innych krajów w cyklu czteroletnim, przyjrano się tendencjom zmian w czasie. Autorzy raportu (Mazur, 2010; Mazur, Małkowska-Szcutnik, 2011) interpretują wyniki tych badań wskazując, iż trendy w ostatnich latach przybierają niekorzystny kształt. Zwrócono uwagę na przechodzenie szkodliwych zachowań do młodszych roczników, gorszą kondycję psychiczną młodzieży, tym samym - konieczność szukania uwarunkowań zdrowia i zachowań prozdrowotnych i ryzykownych młodzieży. Badania HBSC (2011) i ESPAD (2011), także wspomniane w poprzednim rozdziale, stanowią główne źródło statystycznej wiedzy o stanie zdrowia polskiej młodzieży i rozpowszechnieniu zachowań ryzykownych. Dodatkowo przytoczone tu zostaną wyniki raportu, realizowanego w ramach projektu badawczego Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Krakowa, zleconego przez Urząd Miasta Krakowa (2011). Podstawowym celem tychże badań, realizowanych na przełomie maja i czerwca 2011 roku, była diagnoza rozpowszechnienia zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. W badaniu pytano o skalę tych doświadczeń i częstość, dzięki czemu możliwe jest oszacowanie wielkości populacji młodych ludzi, którzy mają za sobą pojedyncze eksperymenty lub wielokrotne doświadczenia związane z piciem alkoholu, upijaniem się i używaniem narkotyków. W badaniu szczegółowej analizie poddano czynniki mające wpływ na podaż i popyt na alkohol i narkotyki wśród młodzieży. Analizowano m.in.: dostępność papierosów, alkoholu i narkotyków, psychologiczną dostępność, czyli subiektywne przekonanie o łatwości/trudności zdobycia/kupienia określonej substancji psychoaktywnej, a także osobiste przykre doświadczenia związane z używaniem alkoholu lub narkotyków i oceną rozpowszechnienia używania alkoholu i narkotyków w grupie rówieśniczej – wśród przyjaciół i znajomych. Były to badania w formie ankiety (z zapewnieniem anonimowości uczestników), w której brało udział 2268 uczniów, ze 100 różnych klas. W przytoczonych badaniach uczestniczyła młodzież szkolna z dwóch grup wiekowych: uczniowie klas trzecich szkół gimnazjalnych (1037 uczniów) oraz uczniowie klas drugich szkół ponadgimnazjalnych tj. liceów ogólnokształcących, liceów profilowanych, zasadniczych szkół zawodowych i techników (1191 uczniów).

## Papierosy

Początki nałogu związanego z paleniem tytoniu sięgają zazwyczaj okresu adolescencji, a wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa stale się obniża. Co czwarta dziewczyna (23%) i niemal co trzeci chłopak (31%) z trzecich klas krakowskich gimnazjów swojego pierwszego papierosa wypalił w wieku 13 lat lub wcześniej. W populacji uczniów szkół ponadgimnazjalnych 19,6% dziewczyn i 22,9% chłopców pierwszego papierosa wypaliła w wieku 13 lat lub wcześniej. 20,5% chłopców i 22,8% dziewcząt w szkołach ponadgimnazjalnych jako czas swojej inicjacji tytoniowej wskazali wiek od 14 do 15 lat. Prawie 1/4 wskazała, że paliła po raz pierwszy w wieku 16 lat lub później. Wśród chłopców ze szkół średnich „nałogowi palacze” najczęściej zaczynali palić codziennie w wieku 16 lat lub później (26,2%) (Mellibruda, 2011).

Analizując wyniki krakowskich badań raportowanych przez Mellibrudę (2011) możemy stwierdzić, iż ponad połowa badanej młodzieży ma już za sobą inicjację nikotynową. 45,3% dziewcząt i 44,6% chłopców w klasach trzecich gimnazjum nigdy jeszcze nie paliła papierosa. Oznacza to, że osoby mające za sobą inicjację tytoniową stanowił wśród szesnastoletnich dziewcząt 54,7%, a wśród chłopców w tym wieku – 55,4%. W przypadku uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych odsetki te były wyższe i wynosiły odpowiednio 64,9% i 71,2%.

Na pytanie czy w okresie ostatnich 30 dni osoba badana paliła papierosy 25,3% gimnazjalistów i 27,4% gimnazjalistek odpowiedziało, że tak. W porównaniu z młodszymi uczniami, większy odsetek chłopców i dziewcząt z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych zadeklarował palenie papierosów w ciągu ostatnich 30 dni: prawie połowa chłopców (46,6%) i ponad 1/3 dziewcząt (38,4%) (Mellibruda, 2011).

Większość uczniów trzecich klas gimnazjum w Krakowie nie ma za sobą doświadczenie nałogowego (codziennego) palenia papierosów. Do codziennego palenia papierosów w jakimś okresie życia, w gimnazjach przyznaje się ponad 29% dziewcząt i 24,4% chłopców.

Wśród uczniów w ostatniej klasie gimnazjum największą grupę wśród palących codziennie stanowili ci, którzy zaczęli palić papierosy w wieku 13 lub mniej. Odsetek młodzieży codziennie palącej papierosy rośnie wyraźnie wraz z wiekiem badanych. W

grupie chłopców z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych do nałogowego (czyli codziennego) palenia w jakimś okresie życia, przynajmniej 43,3% uczniów (a w populacji dziewcząt 31%). Warto podkreślić, iż wyniki te wskazują, że co czternasty uczeń gimnazjum i co ósmy uczący się w szkole ponadgimnazjalnej w Krakowie, jest nałogowym palaczem (Mellibruda, 2011).

Europejskie badania (Ciairano, Kliwer, Rabaglietti, 2009) związane z paleniem tytoniu wśród młodzieży w wieku od 17 do 20 r. ż. we Włoszech i w Holandii pokazały, iż największe nasilenie palenie tytoniu występuje we Włoszech, szczególnie u dziewcząt. Z kolei badania młodzieży japońskiej, w wieku od 15 do 19 r. ż., ze szkół średnich ogólnych (67,1%) i zawodowych (32,9%), pokazały, że do palenie papierosów w ciągu ostatniego miesiąca (przynajmniej raz) przyznawało się 8,7% adolescentów (Takakura, Wake, Kobayashi, 2010).

### **Alkohol, upijanie się**

Alkohol, jak wskazują badania jest najczęściej stosowaną przez młodzież substancją psychoaktywną. Rzadko w tym wieku prowadzi do uzależnienia, niejednokrotnie jednak pociąga za sobą inne zachowania szkodliwe dla zdrowia i społecznie, w szczególności jeśli jest stosowany nadmiernie. Właśnie upijanie się jest jednym z najbardziej ryzykownych zachowań, jakie podejmują młodzi ludzie. Wielu z nich na skutek upicia się popada w poważne problemy, ulega wypadkom, urazom w trakcie bójki, narusza prawo, traci szansę na dalszą edukację. Konsekwencją upijania się nastolatków są również poważne problemy emocjonalne oraz konflikty i zaburzone relacje z rodzicami i rówieśnikami. Bezpośrednim następstwem upicia się są także kontakty seksualne, w tym bez zabezpieczenia i/ lub z przypadkowym partnerem, oraz eksperymenty z narkotykami i innymi substancjami psychoaktywnymi.

Jednym z kluczowych celów programów profilaktycznych realizowanych w szkołach jest zahamowanie procesu obniżania się wieku inicjacji alkoholowej. Na podstawie różnych badań zrealizowanych w Polsce (m.in. Stępień, Frączek, 1992 oraz Sierosławski, 2005, Zieliński, 2005) określono średni wiek inicjacji alkoholowej wśród polskiej młodzieży na poziomie 14 -15 lat.

W Krakowie niemal 1/3 uczęszczających do ostatniej klasy gimnazjum po raz pierwszy sięgnęło po piwo lub wino w wieku 13 lat lub wcześniej tzn. w ostatniej klasie szkoły podstawowej lub wcześniej. 26% uczennic szkoły średniej po raz pierwszy w życiu wypilo piwo w wieku 13 lat lub wcześniej, wśród chłopców – 33%. Odsetek uczniów, którzy nigdy jeszcze nie pili piwa maleje wraz z wiekiem. W trzecich klasach gimnazjum co czwarta osoba badana nie próbowała jeszcze piwa. W grupie 17 - 18-latków takie osoby stanowiły tylko około 8% populacji uczniów. Wino jest także popularnym napojem alkoholowym wśród krakowskiej młodzieży. Do picia wina przyznaje się 68,4% dziewcząt i 58,3% chłopców w gimnazjum, a w grupie uczniów z II klas szkół ponadgimnazjalnych: 90,8% dziewcząt oraz 75,4% chłopców. Aż 2/3 uczniów z gimnazjum przyznało, iż próbowało wódkę. W przypadku chłopców z obu kategorii wiekowych odsetki osób mających doświadczenia z piciem wódki były wyższe niż odsetki badanych, którzy pili już wino. Tylko w grupie młodszych dziewcząt wódka była nieco mniej popularna od wina. Największą grupę stanowili konsumenci piwa.

Zdecydowana większość uczniów z krakowskich szkół ma już za sobą inicjację alkoholową. Dotyczy to ponad 4/5 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 95% uczniów i 98% uczennic szkół średnich. W ciągu ostatniego miesiąca kontakt z alkoholem miała prawie połowa osób z gimnazjum, w starszej grupie wiekowej – 85% badanych. Problem częstego picia alkoholu w skali miesiąca dotyczy w Krakowie przede wszystkim chłopców. Warto podkreślić, że takie zachowania (picie alkoholu nie sporadycznie, lecz regularnie) podejmuje w ciągu miesiąca co dziesiąty gimnazjalista i co trzeci uczeń szkoły ponadgimnazjalnej (Mellibruda, 2011).

W ogólnopolskich badaniach HBSC 2010 (Mazur, 2010) okazało się, że już 11-letni chłopcy piją piwo codziennie lub w każdym tygodniu (1,2%). Nieco starsi – uczniowie w wieku 13 lat – spożywają alkohol w ten sposób w 6,8% przypadków, a 15-letni – 15,1%. U dziewcząt wskaźniki są o połowę mniejsze, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w populacji krakowskiej.

Liczba epizodów upijania się w ciągu całego życia wśród polskiej młodzieży według danych HBSC 2010 (2011, Mazur, 2010) pokazuje, że problem ten dotyczy w 37% chłopców i 26,6% dziewczyn w wieku 15-lat. Upijanie się więcej niż raz z życia od lat roku 1994 utrzymuje się na podobnym poziomie, tj. ok. 37% wśród 15-letnich chłopców, o 10% mniej u dziewcząt. Dokładniejsze dane pochodzą z badań krakowskich nastolatków

(Mellibruda, 2011). Badania te wykazały, że uczniowie 17 - 18-letni upijają się istotnie częściej niż uczennice z tej samej grupy wiekowej, zarówno w życiu, jak i w ciągu ostatniego roku oraz ostatnich 30 dni. W trzecich klasach gimnazjum około 40% uczniów ma za sobą doświadczenie upicia się, w tym w przypadku 10% miło to miejsce w ciągu ostatniego miesiąca. Wśród uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych ponad 72% chłopców i 56% dziewcząt deklaruje nadmierne spożycie alkoholu. Warto zauważyć, iż w starszej kohorcie badanych odsetek chłopców, którzy upili się w ciągu ostatnich 30 dni jest niemal dwukrotnie wyższy niż odsetek dziewcząt (26% vs 13%). W większości przypadków takie sytuacje zdarzały się sporadycznie (1-2 razy), ale 5% nastolatków w wieku ponadgimnazjalnym przyznało, że zdarzyło się to co najmniej 3 lub więcej razy. Wśród gimnazjalistów odsetek ten wynosi 4,8% (Mellibruda, 2011).

Wyniki uzyskane w Polsce nie odbiegają znacząco od danych europejskich czy też światowych. Badania Flores, Tschann, Dimas, Pasch, de Groat (2010) pokazują, iż 83% adolescentów amerykańskich pochodzenia meksykańskiego w wieku od 16 do 20 r. ż. (średnia wieku 18,8 r. ż.) piło alkohol w przeciągu ostatniego roku. Z kolei inne badania (Quadrel, Fischhoff, Davis, 1993) nad kanadyjską młodzieżą w wieku 16 do 21 r. ż. wskazują, że początki picia alkoholu mają miejsce w wieku od 16 do 18 r. ż.

Z interesującymi danymi można zapoznać się w pracy Takakura, Wake, Kobayashi (2010), którzy opisują częstość podejmowania zachowań niekorzystnych dla zdrowia przez młodzież (15 - 19 r. ż.) ze szkół średnich ogólnych (67,1%) i zawodowych (32,9%) w Japonii. Do spożywania alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca (przynajmniej raz) przyznawało się 19,9% adolescentów. Uczniowie z terenów miejskich rzadziej stosowali alkohol niż z terenów wiejskich.

## **Narkotyki, dopalacze**

Wśród uczniów szkoły gimnazjalnej w wieku 15 lat ogólnopolskie badania HBSC (2011; Mazur, 2010) ujawniły, że palenie marihuany w ostatnim roku dotyczyło 20% chłopców oraz 10,6% dziewcząt. Krakowskie badania na uczniach trzecich klas gimnazjum pokazały, iż 29% chłopców i 22% dziewczyn przynajmniej raz w życiu paliło marihuanę lub haszysz. W przypadku młodzieży z klas drugich szkół średnich zauważono

wzrost tego wskaźnika – kontakt jednorazowy z marihuaną deklarowało: wśród dziewcząt – 31%, wśród chłopców – 50%. Analiza odsetków uczniów stosujących marihuanę lub haszysz w ciągu ostatniego roku wskazuje, że w klasach trzecich takie doświadczenie miało 21,8% chłopców i co szósta uczennica (17,7%), natomiast w klasach drugich – 39,6% uczniów i 24% uczennic. W ostatniego ciągu miesiąca do używania marihuany przyznało się 12,6% uczniów i 6,5% uczennic z klas trzecich, a w klasach drugich 22,8% uczniów i 9,4% uczennic. Przyglądając się bliżej wynikom uzyskanych przez badaczy w Krakowie może zauważyć, iż problem częstego lub regularnego używania marihuany dotyczy więc przede wszystkim chłopców. Co więcej, większość uczniów zadeklarowała, że zna miejsca, w których można kupić marihuanę lub haszysz (53,7% - 66,2%), a 19,5% chłopców i 16,8% dziewcząt w wieku od 17 do 18 r. ż. stwierdziło, że gdyby chcieli, bez trudu kupiliby marihuanę na imprezie lub w klubie. Szkołę w tym kontekście wskazało około 15% młodzieży (Mellibruda, 2011).

Badania krakowskie (Mellibruda, 2011) dają także odpowiedź na pytania dotyczące stosowania innych substancji psychoaktywnych. Wśród uczniów od 14 do 16 r. ż. odnotowano 6% chłopców i 4,4% dziewcząt, które przyznały, że przynajmniej raz w życiu spróbowały amfetaminy. W przypadku starszych uczniów (szkół ponadgimnazjalnych) odsetek używających chłopców kształtował się na poziomie 7,9%, zaś odsetek dziewcząt na poziomie 4,2 %. W celu odurzenia się, przynajmniej raz w życiu środki wziewne (takie jak kleje, aerozole i tym podobne) stosowało 10,3% chłopców i 12% dziewcząt z gimnazjum, 6,7% chłopców i 5% dziewcząt ze szkół ponadgimnazjalnych.

Po raz kolejny odnosząc się do danych światowych okazuje się, że początki stosowania niedozwolonych środków odurzających mają miejsce w wieku późnej adolescencji (między 16 a 18 r. ż. w przypadku młodzieży w Kanadzie) (Quadrel, Fischhoff, Davis, 1993) oraz, że wśród adolescentów amerykańskich pochodzenia meksykańskiego w wieku 16 do 20 r. ż. (średnia wieku 18,8 r. ż.) 46% paliło marihuanę, 21% stosowało inny narkotyk w ostatnim roku (Flores, Tschann, Dimas, Pasch, de Groat, 2010).

W okresie ostatnich lat w Polsce niepokojąco zwiększyło się zainteresowanie substancjami psychoaktywnymi, kolokwialnie nazywanymi dopalaczami. Według raportu: Konsumpcja substancji psychoaktywnych – Młodzież 2008, sporządzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Badora, 2008), pytano uczniów o dostępność dopalaczy oraz o stosowanie przez nich



(nawet jednorazowo) tych substancji. Zdaniem 47% ankietowanych zdobycie dopalaczy byłoby łatwe lub wymagałoby trochę trudu, 28% uznało, że byłoby to niemożliwe, a 3,5% uczniów przyznało się do zażycia dopalaczy (Badora, 2008). Dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2009) wskazują, że 9% osób w wieku 15 do 24 r. ż. przynajmniej raz w ciągu życia stosowało dopalacze (Malczewski, Kidawa, 2009). Obecnie liczba młodzieży, która przyznaje się do zażywania dopalaczy jest znacznie większa. Według raportu przygotowanego przez Partner In Business Strategies PBS DGA (dawniej Pracownia Badań Społecznych) (2011) na potrzeby Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego dopalacze najczęściej stosowane, przez młodzież w województwie pomorskim, były po raz pierwszy w wieku 15 lat (6% uczniów) i 16 lat (6,9% uczniów). W przypadku młodzieży gimnazjalnej inicjacja ta dotyczy przede wszystkim czternasto- (3,5%) i piętnastolatków (2,9%). Zarówno w gimnazjum jak i w szkołach ponadgimnazjalnych dopalacze częściej stosowane są przez chłopców. Częstotliwość stosowania dopalaczy w przeważającej liczbie przypadków dotyczyła jednego, dwóch razy z życia (7,4% badanych). W ciągu ostatniego roku w tej ilości dopalacze stosowało 4% osób, a w trakcie trwania ostatniego miesiąca 1%. Powyżej 3 razy w ostatnim miesiącu ze środków tych korzystało 1,5% uczniów.

Krakowskie dane wskazują, iż dopalacze, choć raz w życiu, były stosowane w wieku gimnazjalnym przez 13,9% chłopców i 8,4% dziewcząt, a w wieku lat 17 do 18 przez 17,3% chłopców i istotnie mniej – 6,1% dziewcząt. W ostatnim roku tego typu substancji używało 8,1% chłopców i 5% dziewcząt z gimnazjum, w szkołach ponadgimnazjalnych odsetki te kształtowały się na poziomie: 9,1% i 3,1% (Mellibruda, 2011).

### **Prowadzenie pojazdów**

Inne badania pokazują, że młodzież podejmuje zachowania ryzykowne także podczas prowadzenia pojazdów. Badania (Quadrel, Fischhoff, Davis, 1993) nad kanadyjską młodzieżą w wieku 16 do 21 r. ż. ukazują, że ta grupa posiadająca w 21% prawo jazdy jest sprawcą 58 % wypadków w ruchu drogowym. Z kolei międzynarodowe badania (Wells, Tong, Genderton, Grayson, Jones, 2008) wskazują, że młodzi brytyjscy kierowcy

powodujący wypadki w pierwszym roku od otrzymania prawo jazdy intencjonalnie łamiąc zasady w ruchu drogowym.

Badania australijskiej młodzieży w wieku od 17 do 24 r. ż. (z czego 75% stanowili adoleścenci w wieku od 17 do 18 r. ż.), którzy posiadają uprawnienie do prowadzenia pojazdów (samochód, motor) pokazały, iż zachowania ryzykowne podejmowane przez nich podczas jazdy pojazdami przedstawiają się następująco (Ivers, Senserrick, Boufous, Stevenson, Chen, Woodward, Norton, 2009):

- słuchanie głośnej muzyki podczas jazdy – 42,3% (odpowiedzi często i bardzo często)
- znaczne przekraczanie prędkości – 21,2%
- przekraczanie prędkości dla emocji z tym związanej – 7,2%
- ryzykowne zachowania podczas jazdy dla zabawy – 3,7%
- wyścigi samochodowe – 3%.

Te same badania wskazują, że zachowania ryzykowne związane z prowadzeniem pojazdów są powszechniejsze u młodszych kierowców niż u starszych, szczególnie u mężczyzn. Obejmuje to takie formy zachowania, jak przekraczanie prędkości podczas jazdy, ryzykowna jazda ze względu na emocje z tym związane, jazda zbyt blisko pojazdu jadącego przed, łamanie przepisów drogowych, niezapięcie pasów, korzystanie z telefonu komórkowego podczas jazdy (również pisanie smsów), jazda w godzinach nocnych, jazda starymi pojazdami.

Niektóre z tych zachowań są bardziej ryzykowne dla młodszych kierowców niż doświadczonych, szczególnie jazda z rówieśnikami lub wieloma pasażerami oraz jazda pod wpływem alkoholu, czy też niska koncentracja podczas jazdy. Jednakże badania ukazują, że młodszy kierowcy są bardziej świadomi zachowań ryzykownych podczas jazdy niż kierowcy w starszym wieku, szczególnie jeśli dotyczy to się zachowań związanych z wpływem alkoholu, aczkolwiek młodzi chłopcy mają niższą percepcję ryzyka niż kobiety.

Percepcja ryzyka zależy od warunków, np. przekraczanie prędkości jako takie jest ryzykowne, ale dookreślenie że przekraczanie prędkości podczas słonecznego dnia – już nie. Prędkość związana z pośpiechem lub aby sprawdzić możliwości pojazdu nie jest postrzegana jako ryzykowna. Wyścigi samochodowe są postrzegane jako najbardziej ryzykowne. Uczniowie szkół średnich akceptują wyższe wielkości przekraczania

prędkości. Inne różnice w postrzeganiu ryzyka u młodszych kierowców to: jazda z rówieśnikami, nawet jeśli są pod wpływem alkoholu, haszyszu, czy też nie zapięcie pasów.

O percepcji ryzyka związanego z poszczególnymi zachowaniami ryzykownymi podczas kierowania pojazdami może pośrednio świadczyć zestawienie odpowiedzi, które oceniały je jako bezpieczne i zazwyczaj bezpieczne (Ivers, Senserrick, Boufous, Stevenson, Chen, Woodward, Norton, 2009):

- jazda z wieloma pasażerami – 89,8%
- znaczne przekraczanie prędkości - 36,3%
- rozmowa przez telefon podczas jazdy – 9,7%
- jazda po wpływie alkoholu – 5,7%
- wysyłanie smsów podczas jazdy - 5%
- jazda po paleniu haszyszu – 4,4%
- jazda na czerwonym świetle – 2,8%.

W Finlandii badacze (Ulleberg, Rundmo, 2003) odkryli, iż ryzykowne prowadzenie pojazdów jest w dużo większym stopniu zdeterminowane przez postawy wobec zachowań ryzykownych niż przez percepcję ryzyka.

### **Zachowania seksualne**

Stosunki płciowe bez zabezpieczenia bądź z nieskutecznym zabezpieczeniem zwiększają ryzyko zakażenia chorobami przenoszonym drogą płciową (STI lub STD). Używanie prezerwatyw jest jednym ze wskaźników ryzyka infekcji chorób przenoszonych drogą płciową (Morris, Warren, Aral, 1993), a aż 48% nowych infekcji chorobami przenoszonymi drogą płciową pojawia się u młodzieży w wieku od 15 do 24 r. ż. (Weinstock, Berman, Cates, 2004). Pytania dotyczące zachowań seksualnych wśród młodzieży w wielu krajach uznawane są za drażliwe. Zazwyczaj dotyczą one wieku inicjacji seksualnej, używania środków antykoncepcyjnych, sporadycznie pojawiają się (głównie w opracowaniach amerykańskich) pytania dotyczące liczny partnerów seksualnych wśród młodzieży.

Z polskich danych HBSC (2011) wynika, że młodzież gimnazjalna w Polsce w 17% przeszła inicjację seksualną, a młodzież ze szkół ponadgimnazjalnych w 41,5%. Odpowiednio dla tych grup wiek inicjacji seksualnej to około 15 r. ż. i 16 r. ż. Około 15% młodzieży nie stosowało żadnej metody antykoncepcyjnej podczas ostatniego stosunku płciowego. Młodzież gimnazjalna w 86,6% stosowała prezerwatywę, młodzież licealna w 89%.

W badaniach Sneed (2009) grupę badaną stanowili amerykańscy uczniowie w wieku od 16 do 18 r. ż. Wykazano, iż w tej grupie osoby uprawiające seks przynajmniej raz w życiu podjęły je w 11% przed 13 r. ż. (tzw. wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego), pozostali, czyli 89% wskazało wiek, mówiący o późnym rozpoczęciu współżycia seksualnego. 33% wszystkich badanych uprawiało seks z więcej niż czterema partnerami; 23% uprawiało seks w ciągu ostatnich 3 miesięcy, 23% spożywało alkohol lub było pod wpływem narkotyków podczas ostatniego współżycia, 60% użyło zabezpieczenia (prezerwatywy) podczas ostatniego stosunku.

Inne badania (Deptula, Henry, Schoeny, 2010) przeprowadzone wśród adolescentów (Amerykanów różnego pochodzenia), ze średnią wieku 16 lat, pokazały, że 34,8% z nich uprawia seks bez zabezpieczenia, a badania Flores, Tschann, Dimas, Pasch, de Groat (2010) pokazują, iż 41% adolescentów amerykańskich pochodzenia meksykańskiego w wieku 16 do 20 r. ż. uprawiało seks z jednym partnerem w przeciągu ostatniego pół roku, 21% miało wielu partnerów seksualnych.

Badania nad młodzieżą w Japonii (Takakura, Wake, Kobayashi, 2010) ze szkół średnich ogólnych (67,1%) i zawodowych (32,9%) wskazują, że 18,2% badanych podjęło aktywność seksualną. Uczniowie uczęszczający do szkół średnich ogólnych byli mniej aktywni seksualnie niż uczniowie ze szkół zawodowych.

Interesujące wyniki uzyskali Hendershot, Magnan, Bryan (2010), którzy badali młodzież w wieku od 14 do 19 r. ż. pozostającą pod opieką kuratora sądowego lub już karaną w Ameryce Północnej. Aktywność seksualną w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykazało 76% badanych, z czego 34,3% używa zawsze prezerwatyw podczas stosunku. Aż 4,9% osób ma zdiagnozowane STD (choroby przenoszone drogą płciową), z czego 45% osób jest po badaniach w kierunku zakażenia HIV. Młodzież ta w 66% pije alkohol, z czego średnia to 4 do 6 drinków podczas jednego spotkania, a 56% pije alkohol przed stosunkiem seksualnym. 5% paliło marihuanę w ciągu 6 miesięcy, średnia to 2 do 3 razy w

tygodniu, z czego połowa badanych używających marihuany paliła ją przed stosunkiem seksualnym.

## **Przemoc**

Według badań HBSC (2011) w porównaniu z sytuacją w innych krajach europejskich, szczególny problem wśród polskiej młodzieży stanowi częste stosowania przemocy wobec innych.

Przemoc w środowisku szkolnym, w badaniach HBSC (2011) ujęta została jako dręczenie, dokuczanie (bullying) – działanie mające na celu w sposób świadomy zrobić komuś przykrość, krzywdę, systematycznie powtarzane, gdzie występuje brak równowagi sił pomiędzy sprawcą/ sprawcami i ofiarą. Pytania ujęte w kwestionariuszu ankiety uwzględniały: bycie sprawcą przemocy - bullyingu w szkole oraz udział w bójce. Wyniki wskazały, że młodsi uczniowie (11 lat) częściej przyznają się do uczestniczenia w bójkach niż uczniowie starsi (13 i 15-letni). Dodatkowe pytania wskazały, iż młodsi częściej biją się z rodzeństwem, a starsi częściej wchodzą w konflikty z nieznanymi. Do dręczenia innych przyznaje się od 15 do 18% młodzieży męskiej w wieku od 11 do 15 r. ż., a dziewcząt procentowo rozkłada się to od 4 do 8%.

W przypadku bycia ofiarą przemocy rówieśniczej w szkole, w grupie młodzieży starszej – 15 do 16-letniej, według danych HBSC (2011), wprawdzie 80% wskazało odpowiedź, że nie zdarzyło się to ani raz w ciągu ostatnich dwóch miesięcy, to jednak 12,9% stwierdziło, że raz lub dwa razy a 3,4% dwa do trzech razy w miesiącu. Do bycia sprawcą przemocy przyznało się 24,2% uczniów (raz lub dwa razy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy), 5% wskazało odpowiedź dwa do trzech razy w miesiącu. Młodzież, która uczestniczyła w bójkach w ciągu ostatniego roku to jednonie – 14%, dwukrotnie – 6,5%, trzykrotnie – 3%, więcej razy - 6,4% osób w wieku 15 do 16 lat.

Inne badania przeprowadzone na młodzieży uczęszczającej do III klasy gimnazjum w Warszawie pokazały, że udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów na terenie szkoły potwierdziła połowa badanych (63% chłopców i 37% dziewcząt). We wszystkich analizowanych formach przemocy przeważali chłopcy. Do

przemocy fizycznej, przynajmniej raz w roku, przyznało się 51% chłopców i 29% dziewcząt. Do przemocy psychicznej wobec innych uczniów (dokuczanie, obrażanie, celowe niepokojenie innej osoby) dotyczyło 50% uczniów i 36% uczennic. Ponad 40% badanych była ofiarą przemocy psychicznej, a aż 75% osób było świadkami przemocy w szkole (Bobrowski, 2006).

40% Latynosów i 32% Amerykanów pochodzenia europejskiego wdaje się w bójki i bywa ofiarą fizycznej przemocy podczas tychże bójek (CDC, 2007). Badania Flores, Tschann, Dimas, Pasch, de Groat (2010) pokazują, iż 21% adolescentów amerykańskich pochodzenia meksykańskiego w wieku 16 - 20 r. ż. (średnia wieku 18,8 r. ż.) wdało się w bójki w poprzednim roku.

### **Inne zachowania ryzykowne**

Do zachowań sprzecznych z prawem podczas ostatnich 12 miesięcy przyznało się 40% badanych uczniów. Najczęściej młodzież deklarowała wykroczenia typu naruszenie czyjeś własności – drobne kradzieże (25%) i celowe niszczenie czyjeś rzeczy (21% badanych). Do tej grupy można także zaliczyć zabieranie samochodu na przejażdżkę (3,5%). Zachowania te są raczej domeną chłopców, a ucieczki z domu (9%) nieco częściej zdarzały się dziewczętom (Bobrowski, 2006).

Badania pokazały także (Bobrowski, 2006), że uczestniczenie w spotkaniach młodzieżowych, w trakcie których pito alkohol lub używano środków psychoaktywnych ponad dwukrotnie zwiększa ryzyko: sięgania po te substancje, upijania się, codziennego palenia papierosów. Deklaracje uczniów dotyczące obecności osób uzależnionych w ich otoczeniu, u badanych w wieku 12 r. ż. do poniżej 16 r. ż., wskazują, że 43% ankietowanych twierdzi, że w ich otoczeniu uzależniony jest kolega lub koleżanka. 25% osób nie zna osoby uzależnionej (Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie MCPU, 2012).

Podsumowując wyniki badań dotyczących występowania zachowań ryzykownych u młodzieży trzeba podkreślić, że palenie tytoniu jest dość powszechnym zjawiskiem,

nawet w wieku kilkunastu lat. Zauważono również, że im wcześniej młody człowiek sięga po papierosa, tym częściej pali w wieku starszym. Zdecydowana większość uczniów ma za sobą także inicjację alkoholową, nadmierne spożywaniu alkoholu występuje w wieku powyżej 16 r. ż. jednak sytuacje takie zdarzają się raczej sporadycznie. Podobnie problem częstszego upijania się dotyczy niewielkiej liczby osób. Wypowiedzi badanych wskazują również, że duża część młodzieży próbowała substancji psychoaktywnych, ale miało to raczej charakter eksperymentowania i nie wiązało się z bardziej regularnym używaniem. Badania wskazują również na dość częste występowanie ryzykownych zachowań seksualnych (nie stosowanie metod antykoncepcji), działań o charakterze przemocy (bullying, bójki) oraz zachowań sprzecznych z prawem (kradzieże, ucieczki z domu). Wyniki badań prowadzonych w innych krajach wskazują również na występowanie takich zachowań ryzykownych u młodzieży, jak brawurowa jazda samochodem czy ryzykowne zachowania podczas prowadzenia (nie zapinanie pasów, rozmowy przez telefon).

## **Rozdział 4**

### **Psychologiczne wyznaczniki i mechanizmy podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

Poszukiwanie wspólnych wyznaczników zachowań prozdrowotnych i ryzykownych wymaga uwzględnienia dwóch nurtów koncepcji i badań. Z jednej strony mamy czynniki natury poznawczej, takie jak oczekiwania odnośnie do zachowań, koncepcja zdrowia czy przekonania o świecie i własnej osobie w ramach poczucia własnej skuteczności, używane w zasadzie wyłącznie w badaniach dotyczących podejmowania zachowań prozdrowotnych. Z drugiej strony mamy czynniki temperamentalne, takie jak na przykład potrzeba stymulacji, badane przede wszystkim w celu wyjaśnienia podejmowania zachowań ryzykownych. Nie można jednak wykluczyć takiej możliwości, że cechy temperamentu mogą mieć znaczenie dla podejmowania zachowań prozdrowotnych, a czynniki poznawcze dla zachowań ryzykownych. Obie kategorie wyznaczników oraz mechanizmy ich funkcjonowania zostaną przedstawione w niniejszym rozdziale.

#### **4.1. Mechanizmy podejmowania zachowań prozdrowotnych – przegląd koncepcji**

Modele społecznej psychologii poznawczej wyjaśniające zachowania zdrowotne i zmianę zachowań to grupa wielu teorii, które w sposób kompleksowy opisują działania jednostki ukierunkowane na podejmowanie działań związanych ze zdrowiem. Wśród tych modeli wyróżnia się trzy grupy ze względu na wyjaśniany zakres zachowania (Łuszczyńska, 2004). Modele motywacyjne zajmują się czynnikami decydującymi o powstaniu zamiaru inicjacji zachowania i dotyczą kształtowania motywacji, intencji podjęcia zachowania. Modele postintencjonalne dotyczą czynników wpływających na wykonanie istniejącego zamiaru. Modele procesualne i fazowe zwracają uwagę na to, że zachowania przebiegają w czasie i można wskazać konkretne fazy następujące po sobie w określonym porządku, a o zachowaniach w kolejnych fazach decydują konkretne czynniki (Heszen, Sęk, 2007).



Przykładem pierwszej grupy modeli jest model przekonań zdrowotnych (Health Belief Model, HBM), który wyjaśnia w jaki sposób kształtuje się gotowość do udziału w akcji profilaktycznej (Rosenstock, Derryberry, Carriger, 1959). Twórcy tego modelu uważali, że aby doszło do wykonania działania profilaktycznego, konieczne jest, aby zostały spełnione trzy warunki. Na początku ważne jest motywacja do działania, która jest iloczynem spostrzeganej podatności na chorobę i jej spostrzeganej powagi (co oznacza, że aby pojawiła się motywacja, czynniki te muszą mieć wartość powyżej 0). Drugi warunek to ocena użyteczności działania, czyli ocena spostrzeganych korzyści, która musi przewyższać ocenę poniesionych kosztów. Spełnienie tychże warunków powoduje pojawienie się stanu gotowości do wykonania działania, a warunkiem wykonania działania jest pojawienie się czynnika wyzwającego (np. rada innej osoby, akcja profilaktyczna, choroba bliskiej osoby). Ze względu na znaczne powiększenie się liczby danych empirycznych model został znacząco rozbudowany. Kolejne wersje modelu uwzględniały więcej elementów składowych. Ujęto w nim czynniki indywidualnej percepcji – wspomnianą powyżej spostrzeganą podatność na określoną chorobę i ocenę jej powagi. Czynniki te kształtują się z udziałem zmiennych pośredniczących, takich jak: czynniki demograficzne (wiek, płeć), czynniki psychospołeczne (osobowość, klasa społeczna) oraz czynniki strukturalne (wiedza o chorobie). Zmienne pośredniczące wraz z czynnikami percepcyjno-poznawczymi i pobudkami do działania, decydują o spostrzeganym zagrożeniu chorobą, które z kolei kształtuje prawdopodobieństwo podjęcia zalecanego działania prewencyjnego (obok bilansu spostrzeganych korzyści i przeszkód). Model ma również pewne ograniczenia. Dwa najważniejsze to ograniczony do działań prewencyjnych zakres wyjaśnianych zachowań zdrowotnych oraz nieuwzględnienie fazowości kształtowania się zachowania zdrowotnego.

Do modeli motywacyjnych należą teoria motywacji do ochrony (Rogers, 1983) oraz teoria uzasadnionego działania i teoria planowanego zachowania (Ajzen, Fishbein, 1980). Ta ostatnia jest jedną z najczęściej testowanych koncepcji psychologii zdrowia. Zgodnie z nią zachowania zdrowotne mają główny wyznacznik w postaci intencji, posiadającej dwie podstawowe determinanty: postawę dotyczącą zachowania oraz subiektywną normę. W rozszerzonej wersji tego modelu uwzględnia się także spostrzeganą kontrolę zachowania, którą wiąże się bezpośrednio z zachowaniem. Intencja, będąc główną determinantą zachowania, to sąd dotyczący wykonania danego zachowania w przyszłości, który powinien zawierać informacje dokładnie określające zachowanie i wskazujące czas

rozpoczęcia danego zachowania (Łuszczyńska, 2004). Wprawdzie w modelu wymienia się czynniki postintencjonalne (czyli planowanie) to jednak nie są one uwzględnione w opisie mechanizmu podejmowania zachowań, po sformułowaniu intencji człowiek podejmuje działanie, które, według modelu, nie zależy już od czynników indywidualnych.

Pomimo dużej popularności modeli motywacyjnych, mają one pewne ograniczenia. Po pierwsze nie wyjaśniają co dzieje się pomiędzy podjęciem intencji a stabilnym utrzymaniem zachowania. Wątpliwości budzi również założenie, że postawa jest głównym czynnikiem determinującym zachowanie. Modele te stosunkowo dobrze wyjaśniają pojedyncze działania, ale kiedy mamy do czynienia z typowym dla zachowań prozdrowotnych rozpoczęciem działania, a potem odwrotem od niego i kolejnym powrotem do realizacji intencji, koncepcje motywacyjne nie są w stanie wytłumaczyć takich sekwencji zachowań.

Druga grupa - modele postintencjonalne zajmują się czynnikami działającymi po wystąpieniu intencji. Uznają one, że właśnie te czynniki powodują zwiększenie prawdopodobieństwa pojawienia się właściwego zachowania. Koncepcje te nazywane są także modelami realizowania intencji, bowiem ich celem jest ukazanie czynników wpływających na zachowanie człowieka, który już podjął intencję. Do tej grupy należą: model rozpoczynania działania (Bagozzi, Edwards, 1998, 2000) oraz koncepcja wcielania intencji w życie (Gollwitzer, 1993).

Model Bagozziego i Edwardsa (1998, 2000) skupia się na rozpoczynaniu działania, które jest zależne od decyzji. Na decyzję wpływa poczucie własnej skuteczności, ocena prawdopodobieństwa osiągnięcia celu, planowanie, kontrola wyznaczonych celów, spostrzegana kontrola nad zachowaniem i spostrzegana przyjemność związana z realizacją wyznaczonego celu.

Teoria wcielania w życie intencji (Gollwitzer, 1999) sugeruje, że po przejściu z fazy motywacyjnej (po podjęciu decyzji) następuje wolicjonalna faza zmiany zachowania podczas której w określonym czasie, miejscu i okolicznościach rozpocznie się nowe zachowanie prozdrowotne. Teoria ta uwzględnia takie czynniki zachowania jak intencję i planowanie, gdzie planowanie jest mediatorem intencji, która nie jest bezpośrednio związana z zachowaniem.

Łuszczyńska (2004) wskazuje na pewne ograniczenia tych modeli. Jako jedno z nich wymienia to, że planowanie jest w nich jedyną zmienną, którą decyduje o zachowaniu. Weryfikacje modeli postintencjonalnych koncentrują się na jednokrotnym pomiarze (ewentualnie dwukrotnym), uwzględniając krótki okres na zmianę zachowań. Kolejny zarzut dotyczy braku uwzględniania czynników prowadzących do sformułowania intencji zmiany zachowania. Wynika to z tego, że u podstaw tych modeli leży założenie o wystarczającej motywacji jednostki do rozpoczęcia działań mających na celu zmianę dotychczasowego nawyku oraz że zakłada się występowanie intencji.

Trzecia grupa modeli to modele fazowe, czyli takie, które wyjaśniają co powoduje, że zachowanie zostaje podjęte i utrzymane przez pewien okres, czyli uwzględniają czasowy aspekt zmiany zachowania. Przykładem modelu fazowego jest model transteoretyczny, w którym zakłada się, że kolejne fazy stanowią konsekwencję faz poprzednich – po ukształtowaniu się intencji następuje inicjacja zachowania (Prochaska, DiClemente, 1983, 1992) oraz procesualny model działań zdrowotnych, który podkreśla odrębność uwarunkowań każdego stadium i pokazuje proces kształtowania się i zmiany zachowań prozdrowotnych (Schwarzer, 1990).

Na podstawie szeroko zakrojonych badań Prochaska i DiClemente rozwinęli transteoretyczny i stadialny model zachowań zdrowotnych TTM, zakładający, iż zmiana zachowania zachodzi w pięciu stadiach. W stadium prekontemplacji, inaczej stadium przedrefleksyjnym, człowiek nie jest świadomy istnienia problemu zdrowotnego, nie zamierza zmienić swojego zachowania, często zaprzecza istnieniu problemu. W stadium kontemplacji osoba dokonuje namysłu, uświadamia sobie istnienie problemu i rozważa zmianę zachowania. Kolejne stadium - przygotowawcze charakteryzuje wysoka świadomość problemu, jego przyczyn, możliwych sposobów jego rozwiązania oraz pojawia się intencja - specyficzna forma zobowiązania do dokonania zmiany. W następnym stadium - działania, osoba dokonuje zmiany w swoim zachowaniu i otoczeniu, tutaj też otrzymuje największe wsparcie społeczne. W ostatnim stadium, utrzymania zmiany, osoba zbiera pierwsze korzyści z dokonanej zmiany, aktywnie zapobiega ryzyku nawrotu, utrzymuje prozdrowotne zmiany w zachowaniu, utrwala je i to zachowanie staje się trwałym elementem stylu życia jednostki. Podejście to sugeruje, że człowiek przechodzi przez kilka stadiów procesu zmiany. W każdym stadium ma specyficzne zadania do wypełnienia, które po zrealizowaniu umożliwiają przejście do następnej fazy. W tym ujęciu postęp nie musi przebiegać w sposób liniowy – jednostka może się cofać

do wcześniejszych etapów, zanim podejmie dalszą drogę. Konstrukty zmiany stadialnej jest kluczowy dla tego modelu. Nie dostarcza on jednak wystarczających informacji o tym, co się dzieje podczas przejścia do kolejnych stadiów, na skutek jakich procesów owe zmiany się dokonują.

Stanowiący podstawę teoretyczną badań w niniejszej pracy procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera HAPA (Health Action Process Approach) (Łuszczynska, Schwarzer, 2003) wyjaśnia mechanizmy zmiany zachowań zdrowotnych, czyli podejmowania takich działań, jak kontrolowanie diety czy zwiększenie aktywności fizycznej. Można w nim wyodrębnić dwie fazy - motywacyjną, poprzedzającą działanie, w której następuje sformułowanie intencji oraz wolicjonalną, w której następuje realizacja działania. Pomiędzy intencją a zachowaniem czynnikiem pośredniczącym jest planowanie działania. Podczas fazy poprzedzającej działanie istotnym czynnikiem jest własna skuteczność w inicjowaniu działania (preaction self-efficacy). Wpływa ona na kształtowanie intencji, a po jej powstaniu na planowanie organizacji działania. Podczas fazy wolicjonalnej, jeśli działanie rozpocznie się, własna skuteczność w utrzymaniu działania (maintenance self-efficacy) decyduje o jego kontynuacji, pomimo pojawiających się przeszkód. W przypadku gdy dojdzie do zaprzestania działania bądź powrotu do wcześniejszego niekorzystnego dla zdrowia zachowania, wówczas własna skuteczność w ograniczaniu nawrotów (recovery self-efficacy) może spowodować ponowne podjęcie zachowania. Wśród czynników wyznaczających zachowanie Schwarzer wymienia ocenę własnej skuteczności, oczekiwania dotyczące wyników działania oraz spostrzeganie ryzyka zachorowania.

Zdaniem Schwarzera przekonania dotyczące zdrowia i jego uwarunkowań, jak również przekonania dotyczące choroby i jej przyczyn, wywierają wpływ na podejmowanie lub zaniechanie zachowań związanych ze zdrowiem. Z kolei warunkiem koniecznym podejmowania zachowania prozdrowotnego jest przekonanie o jego skuteczności w poprawie zdrowia, zapobieganiu lub leczeniu choroby. Cytowanym w literaturze przykładem jest choroba dziennikarza Normana Cousina – zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, grożąca niepełnosprawnością i o złej prognozie (Heszen, Sęk, 2007). Norman Cousin nie zaakceptował opinii lekarskiej, rozwinął przekonanie, że uda mu się przezwyciężyć chorobę i dzięki współpracy z lekarzem rzeczywiście mu się to udało (Wallston, Wallston, 1982, za: Heszen, Sęk, 2007). Przykładem bliższym nam jest choroba nowotworowa znanego dziennikarza telewizyjnego Kamila Durczoka. Opisywana

przez niego sytuacja wyraźnie podkreśla wagę postawy wobec choroby: optymistycznych przekonań zdrowotnych, partnerskiej współpracy z lekarzem oraz opartej na realistycznej ocenie strategii walki z chorobą (Durczok, 2005, za: Heszen, Sęk, 2007).

Warto zwrócić uwagę na uwzględnienie w modelu HAPA takich ważnych zmiennych jak oczekiwanie dotyczące wyniku działania. Można je rozumieć jako przewidywanie pozytywnych zmian w wyniku zachowania prozdrowotnego. Zmienna ta może być związana z systemem wewnętrznych norm, a także zawiera się w sferze wartości jednostki, a sam motyw zdrowotny powinien zawierać konkretne korzyści, nie naruszając owego systemu wartości. Oczekiwanie pozytywnych zmian silnie wyznacza intencje. Badania wskazują, że dzieje się tak szczególnie u dorastających spożywających alkohol, którzy podejmują decyzję o zmianie zachowań i rozpoczęciu zachowań korzystnych dla zdrowia (Rosińska, 2006, za: Heszen, Sęk, 2007). Również badania Łuszczyńskiej (2004) pokazują, że w przypadku samobadania piersi pozytywne oczekiwania dotyczące efektów działania są istotnym czynnikiem podjęcia tego działania. Inne badania związane z zachowaniami prozdrowotnymi, takimi jak aktywność fizyczna, wykazały, że pozytywne oczekiwania, dotyczące rezultatów gimnastyki i sportu, takie jak lepsze samopoczucie fizyczne, zdrowie, poprawa wyglądu zewnętrznego i sylwetki ciała, były związane z udziałem w zajęciach zorganizowanych po to, aby zwiększyć sprawność fizyczną (Steinhardt, Dishman, 1989). Natomiast badania Whaley (2003) wykazały, że kobiety w średnim wieku mające bardziej pozytywne oczekiwania dotyczące uprawiania sportu, częściej wykonywały ćwiczenie fizyczne, przy czym, im ta prawidłowość była silniejsza, tym dłuższy był czas trwania ćwiczeń. Inne badania (Renner, Knoll, Schwarzer, 2000) pokazały, że osoby posiadające bardziej pozytywne oczekiwania, co do stosowania odpowiedniej diety, częściej odżywiały się w sposób zdrowy i racjonalny.

Badania Williamsa i Bonda (2002), prowadzone wśród studentów chorujących na cukrzycę, pokazały, że ich przekonania, związane z korzystnym wpływem bycia na diecie, regularnej aktywności fizycznej i kontroli glikemii, były istotnie związane z uprawianiem ćwiczeń fizycznych i sprawdzeniem poziomu glukozy.

Stwierdzono także, że wśród młodzieży w wieku między 13 a 15 r. ż., regularne używanie prezerwatyw podczas stosunku seksualnego jest częstsze w momencie kiedy ich oczekiwania, związane z pozytywnymi efektami ich stosowania są wyższe (Diloiro, Dudley, 2001). Inne badania wśród dorastających pokazały, że pozytywne oczekiwania,

dotyczące używania substancji takich jak: nikotyna, alkohol, substancje psychoaktywne, mogą wzrastać wraz z wiekiem i częstością stosowania tych nielegalnych substancji. Wyniki tych badań pokazały, że im młodzież pije więcej alkoholu, tym częściej ma pozytywne oczekiwania dotyczące palenia haszyszu (Willner, 2001).

Wyżej przytoczone badania wskazują na związki pomiędzy zachowaniami związanymi ze zdrowiem a oczekiwaniami dotyczącymi wyników działania. Przeprowadzono także badania, w których manipulowano oczekiwaniami tak, aby nastąpiła zmiana tych oczekiwań - zazwyczaj polegająca na interwencji, podczas której miała się zwiększyć ilość oczekiwań dotyczących pozytywnych skutków zmiany zachowania i zmniejszyć się ilość oczekiwań negatywnych dotyczących konsekwencji zmiany. Przykładem są badania Brassingtona, Atienza, Perczek, DiLorenzo, King (2002), których celem było zwiększenie ilości pozytywnych oczekiwań, dotyczących rezultatów aktywności fizycznej wśród osób starszych, a także przekonań o własnej skuteczności. Okazało się, że w efekcie takich oddziaływań, badani częściej brali udział w programach zdrowotnych – gimnastycznych zwiększających siłę i elastyczność mięśni. Interesujące wydaje się, że w badaniach kobiet po 65 r. ż. oczekiwania, dotyczące wyników zachowań prozdrowotnych, nie są istotnie związane z aktywnością fizyczną czy stosowaniem odpowiedniego odżywiania (Conn, 1997), co tłumaczono faktem, że osoby starsze mają raczej niskie oczekiwania, co do poprawy ich zdrowia i jakości życia (Łuszczynska, 2004). Dopiero poprzez manipulację mającą na celu wzrost przekonań zdrowotnych, możliwa jest zmiana działania przez te osoby (Łuszczynska, 2004).

Z kolei w badaniach Schwarzera i Renner (2000) analizowano rolę oczekiwań dotyczących wyników działania dla intencji utrzymywania diety ubogiej w tłuszcze i bogatej w błonnik, a także rolę spostrzeganego ryzyka i własnej skuteczności. Okazało się, że u osób do 30 r. ż. i u osób z prawidłową wagą oczekiwania dotyczące wyników działania były silniej związane z intencją niż własna skuteczność i spostrzegane ryzyko. Jednak ważnym wyznacznikiem intencji była oprócz oczekiwań, ocena własnej skuteczności u osób starszych z nieprawidłową wagą ciała. Najwięcej zachowań prozdrowotnych stwierdzono u osób, które posiadały wysokie oczekiwania, co do pozytywnych konsekwencji swoich zachowań, i wysoką własną skuteczność (Łuszczynska, 2004).

Zaproponowany przez Schwarzera mechanizm podejmowania działań opiera się na ogólniejszym, teoretycznym modelu intencjonalnego działania Kuhla i Heckhausena (Heckhausen, Kuhl, 1985). Jest to teoria motywacji, wyjaśniająca mechanizm podejmowania wszelkiego rodzaju działań, zwana teorią woli. Drugą koncepcją, stanowiącą podstawę dla modelu Schwarzera, była teoria własnej skuteczności i zmiany zachowania Bandury (Bandura, 1977). Ze względu na oparcie się na ogólnych teoriach motywacji model Schwarzera nadaje się dobrze do jednorodnego wyjaśnienia mechanizmu zarówno podejmowania zachowań prozdrowotnych, jak i ryzykownych, co byłoby trudniejsze w oparciu o inne modele, dotyczące zmiany i podejmowania zachowań wyłącznie prozdrowotnych ( np. Prochaska, Di Clemente, 1998, Rosenstock, Derryberry, Carriger, 1959, Weinstein, Sandman, 1992). Zdaniem Łuszczynskiej (2004) wprowadzie przeprowadzono szereg badań opartych na modelu Schwarzera, to jednak nie został on do tej pory zweryfikowany w całości.

#### **4.2. Poczucie własnej skuteczności**

W literaturze dominuje pogląd, że poczucie własnej skuteczności to jeden z najważniejszych wyznaczników zachowań zdrowotnych, aczkolwiek nie tylko takich zachowań – wykorzystywano ten konstrukt w wielu badaniach z innych dziedzin jako czynnik modyfikujący różnego typu zachowania. Koncepcja własnej skuteczności, czyli pozytywnych przekonań człowieka dotyczących jego możliwości działań do osiągnięcia celu, pomimo trudności napotykaných w drodze do realizacji tego celu, oraz związana z tą koncepcją teoria społeczno-poznawcza, została stworzona przez Alberta Bandurę w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku (Heszen, Sęk, 2007; Łuszczynska, 2004).

Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności to przekonanie, że jest się zdolnym do podejmowania skutecznych działań. Nie należy tego pojęcia utożsamiać z nierealistycznym optymizmem. Poczucie własnej skuteczności opiera się na wcześniejszych doświadczeniach jednostki (Schwarzer, 2001; Schwarzer, Fuchs, 1996). Jego istotę stanowi przekonanie, że określone działanie doprowadzi do określonego wyniku i w związku z tym decyduje o tym, czy zachowanie w ogóle jest podejmowane, czy i jak dużo osoba podejmie starań, aby działanie utrzymać oraz, czy i jak długo będzie

je kontynuować pomimo trudności, przeszkód czy nawet porażek na drodze do osiągnięcia celu. Jeżeli wątpi się w możliwość wykonania działania, pojawiają się negatywne myśli, czy też emocje, blokujące motywację do podejmowania określonego zadania (Łuszczyńska, 2004; Łuszczyńska, Schwarzer, 2008).

Powyższe twierdzenia znalazły potwierdzenie w licznych badaniach empirycznych. Wskazują one, iż wysoki poziom własnej skuteczności koreluje z efektywnym wykorzystywaniem zasobów poznawczych, z szybszym przetwarzaniem informacji, właściwym wykonaniem zadań, częstszym podejmowaniem działań, określaniem celów i z liczniejszymi sukcesami podczas edukacji szkolnej i w trakcie studiów. Osoby w wysoką własną skutecznością w przypadku napotykania trudności lepiej oceniają sytuację, aktywnie szukają sposobów poradzenia sobie oraz przeżywają przy tym więcej pozytywnych emocji. Zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a przeżywanymi emocjami pozytywnymi ma charakter pośredni. Poczucie własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu bardziej przystosowawczych form radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a to z kolei warunkuje wyższy poziom pozytywnych emocji (Bandura, 1997, 2001; Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli, 2002; DeVellis, DeVellis, 2000; Maddux, Lewis, 1995).

Wykazano również, że poczucie własnej skuteczności sprzyja podejmowaniu zachowań prozdrowotnych. Wyróżnia się własną skuteczność dotyczącą uprawiania aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, bezpiecznego seksu, zachowań detekcyjnych (samobadania piersi, jąder) czy postępowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi (Schwarzer, Fuchs, 1996). Wyróżnia się także własną skuteczność odnośnie konkretnych zachowań niesprzyjających zdrowiu, np. palenia tytoniu, picia alkoholu, stosowania substancji psychoaktywnych. W badaniu dotyczącym palenia tytoniu udowodniono, że osoby z wyższymi wskaźnikami własnej skuteczności paliły rzadziej (Stephens, Wertz, Roffman, 1995). Shiffman i Balabanis (2000) wykazali, że osoby nie przejawiające nawrotów do palenia tytoniu charakteryzuje stabilne poczucie własnej skuteczności (spadek o jeden punkt na czterostopniowej skali własnej skuteczności powiązany jest z 69% wzrostem prawdopodobieństwa, że kolejnego dnia nastąpi nawrót w paleniu tytoniu).

Przeprowadzano także badania dotyczące związku zdrowia z zachowaniami w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej różnorodnych chorób. Na przykład oddziaływania na przekonanie o tym, że można wynegocjować z partnerem seksualnym używanie



prezerwatyw podczas każdego stosunku płciowego, prowadziły do częstszego ich stosowania oraz rzadszego zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową (The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group, 2001; O'Leary, Maibach, Ambrose, Jemmott, Celentano, 2000).

Łuszczynska (2004), badając predyktory intencji dotyczące diety w grupie osób z nadwagą lub otyłością, wykazała, iż własna skuteczność wiązała się z oczekiwaniami dotyczącymi wyników działania oraz stwierdziła zależność między zamiarami utrzymania odpowiedniej diety a oczekiwaniami dotyczącymi wyników działania, intencją i poczuciem własnej skuteczności.

Przekonanie o własnej skuteczności jest związane zarówno z prawdopodobieństwem zachorowania, jak i z procesem dochodzenia do zdrowia po chorobie (O'Leary, 1992). Przekonania o tym, iż jest się w stanie wykonywać ćwiczenie odpowiednio dokładnie, były bezpośrednim predyktorem intensywnego podejmowania aktywności fizycznej u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Gyurcsik, Estabrooks, Fram-Templar, 2003) oraz wśród pacjentów kardiologicznych (Widgate, Brawley, Weston, 2005). Wzmacnianie przekonań o tym, że osoba jest w stanie podejmować zalecane ćwiczenia fizyczne podczas choroby zwyrodnieniowej stawów oraz skutecznie przeciwdziałać narastającemu bólowi związanemu z chorobą, wpływały na zmiany w przekonaniach tych osób. Podejmowali oni częściej ćwiczenia, co po pewnym czasie przynosiło pożądane rezultaty (Hughes, Seymour, 2006). Istnieją także badania wskazujące, iż zdarzają się sytuacje, kiedy pacjenci po zawale mięśnia sercowego charakteryzują się nierealistycznie silnym przekonaniem na temat własnej skuteczności i ćwiczą tak intensywnie, że staje się to dla nich niekorzystne. W takim przypadku osoby chorujące powinny monitorować przekonania o własnej skuteczności, by uczynić je bardziej realistycznymi i dostosowywać wykonywane ćwiczenia do specyfiki swojej przypadłości (Ewart, Schwarzer, 1992).

Z drugiej strony niski poziom poczucia własnej skuteczności cechuje osoby ujawniające więcej emocji negatywnych takich jak: smutek, przygnębienie, lęk oraz poczucie bezradności (Bandura, 1997, 2001; Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli, 2002; Maddux, 1995). Osoby te mają niższy próg bólu, zgłaszają więcej dolegliwości psychosomatycznych (Bandura, 1992). Negatywne przekonania o własnej skuteczności wpływają na to, jak taka osoba spostrzega środowisko i ewentualne przeszkody, te, które

stoją na drodze do osiągnięcia celu. Ich uwaga skoncentrowana jest na samej przeszkodzie. Nie rozważają całego zdarzenia i czynników utrudniających osiągnięcie celu (Bandura, 1997, 2000). Same stresujące sytuacje i bodźce oceniają jako zagrożenie, traktują jako stratę (nie jako wyzwanie), co z kolei wpływa na emocje wówczas ujawniające się. Tylka (1994, 2010) zwrócił uwagę, że u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca umacnianie poczucia skuteczności i własnej wartości stanowi istotną obronę przed lękiem i pesymizmem, a ukształtowanie adekwatnych przekonań i poglądów na siebie, stanowi kluczową rolę w procesie zdrowienia poprzez zmniejszenie napięcia psychicznego i stanowi ważny cel rehabilitacji psychicznej.

Ocena własnej skuteczności może mieć charakter specyficzny, odnosić się do poszczególnych zachowań zdrowotnych, np. zdrowego odżywiania, ale również zachowań ryzykownych, np. palenia papierosów. Może ona także odnosić się do zachowań poza obszarem zdrowia, np. własna skuteczność związana z osiągnięciami szkolnymi, sportowymi (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992). Inną formę stanowi uogólnione poczucie własnej skuteczności (Schwarzer, 1992).

Uogólnione poczucie własnej skuteczności może być rozumiane jako cecha osobowości determinująca zachowania w różnych sytuacjach (Juczyński, 1998; Schwarzer, 1992). Wówczas konstrukt ten może odnosić się do wspólnego elementu specyficznych dla wielu sytuacji przekonań danej jednostki. W badaniach mających na celu określenie własnej skuteczności w konkretnych sytuacjach i podejmowaniu zachowań zdrowotnych zazwyczaj mierzy się specyficzną własną skuteczność. Przykładem może być własna skuteczność dotycząca jedzenia chleba razowego, która jest silniej związana ze stosowaniem diety bogatej w błonnik, niż ogólne przekonanie o własnej skuteczności. Natomiast w badaniach mających na celu zmierzenie kompetencji człowieka w radzeniu sobie z różnymi zachowaniami szkodliwymi, bardziej adekwatnym wydaje się posługiwanie pojęciem uogólnionej własnej skuteczności.

Poza skalami mierzącymi uogólnione poczucie własnej skuteczności jak Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności - GSES Schwarzera (Juczyński, 2001) istnieje wiele skal do mierzenia specyficznego poczucia własnej skuteczności. Przykładem mogą być Skale Specyficznej Własnej Skuteczności (Łuszczynska, 2004), które mierzą przekonania dotyczące podejmowania, realizowania, podtrzymania zachowań zdrowotnych, a także zapobiegania powrotowi. Opracowano także Skalę Własnej Skuteczności Pacjentów

Reumatycznych (Lorig, Brown, Ung, Chastain, Shoor, Holman, 1989) (za: Heszen, Sęk, 2007). Łuszczynska podkreśla, że w sytuacji, kiedy badane są konkretne zachowania prozdrowotne (czyli cel badań jest zawężony do przykładowo obniżenia poziomu cholesterolu) wskazane jest skupienie się na przekonaniu o własnej skuteczności dotyczącym specyficznego zachowania (diety czy aktywności fizycznej). Natomiast w sytuacji, gdy celem badań jest dokonanie oceny ogólnego poziomu adaptacji osoby np. po zawale serca, korzystniej jest brać pod uwagę uogólnioną własną skuteczność (Łuszczynska, 2004). Zdaniem Łuszczynskiej (2004) podczas analizy wielu zachowań związanych ze zdrowiem, zamiast dokonywać pomiaru poszczególnych, specyficznych przekonań o własnej skuteczności, należy wykorzystać pomiar uogólnionej własnej skuteczności.

#### **4.3. Koncepcja zdrowia, przekonania na temat zdrowia**

Koncepcja zdrowia to pewna reprezentacja poznawcza, zapis w postaci skryptów, schematów, obrazów, pojęć, nawyków. W przypadku zdrowia o skrypcie będziemy mówić jako o zbiorze wiedzy na temat sekwencji zdarzeń i działań związanych ze zdrowiem, których oczekujemy w określonych sytuacjach (inaczej schematów zdarzeń). Skrypty zdrowotne pomagają zdecydować czego możemy się spodziewać lub jak ludzie powinni się zachowywać w określonych okolicznościach znaczących z punktu widzenia zdrowia. Skrypt taki składa się z wiedzy na temat sekwencji wzajemnie powiązanych, specyficznych zdarzeń i działań zdrowotnych, których oczekujemy w pewnej kolejności w danych okolicznościach (Baldwin, 1992).

Schematy, będąc podstawowymi jednostkami znaczeniowymi w ludzkim systemie przetwarzania informacji (Norman, Rumelhart, 1975), to zbiory powiązanych pojęć związanych ze zdrowiem i chorobą, które dostarczają ram do myślenia na temat obiektów, zdarzeń oraz idei powiązanych z zachowaniami zdrowotnymi. Schematy umożliwiają formułowanie oczekiwań na temat cech zdrowia jako takiego, możemy je odznaleźć, gdy spotkamy znaną sytuację czy obraz (Baldwin, 1992). Takie schematy będą zawierać całą hierarchię pojęć „około-zdrowotnych”. Rozumienie nowej informacji o zdrowiu następuje dzięki integrowaniu nowych danych z tym, co już osoba wie o zdrowiu i chorobie (czyli

dzięki asymilacji - procesowi łączenia „nowego ze starym”). Jeśli pojawi się niespójność między nowymi danymi i istniejącymi schematami dotyczącymi zdrowia i choroby, to można sobie poradzić dokonując zmiany schematu (proces akomodacji) (Kosslyn, 2006; Zimbardo, Johnson, McCann, 2012b).

Pojęcia jako umysłowe kategorie, umożliwiają organizowanie wiedzy. Pojęcia mogą reprezentować właściwości lub relacje. Nie można ich bezpośrednio obserwować – stąd też konieczność wnioskowania o pojęciach na podstawie wpływu na zachowanie (Zimbardo, Johnson, McCann, 2012b). Wiedza o zdrowiu będzie miała wpływ na podejmowanie decyzji i zachowań w obszarze zdrowia.

W badaniach dotyczących przekonań na temat zdrowia i choroby stosuje się dwa podejścia: poznawcze i społeczne. Podejście poznawcze zakłada, że jednostka posiada stosunkowo stabilną reprezentację zdrowia i choroby. Potwierdzają to badania przeprowadzone z pomocą kwestionariuszy samoopisowych. W podejściu społecznym przyjmuje się, że reprezentacje te mają zmienny charakter i kształtują się w trakcie badania – stwierdzono to na podstawie stosowania metod analizy dyskursu i narracji (Heszen, Sęk, 2007).

Na podstawie podsumowania badań z udziałem osób dorosłych, okazuje się, że ludzie zazwyczaj rozumieją zdrowie jako przeciwieństwo choroby, niewystępowanie jej objawów, dolegliwości czy też bólu („brak choroby”, „brak bólu”, „nie trzeba chodzić do lekarza”). Niejednokrotnie badani wymieniają także takie odpowiedzi jak: dobre samopoczucie, stan niewymagający interwencji medycznej. Swoje wypowiedzi uzupełniają nie tylko o somatyczny wymiar zdrowia, ale także o wymiar psychiczny (równowaga psychiczna, dobrostan psychiczny, „zadowolenie z życia”, „chęć i energia do życia, do pracy”, „energia”, „chęć do pracy”, „dobra kondycja”) (Kawczyńska-Butrym, 1997). Podobne wyniki uzyskał Juczyński (2001) badając grupę 82 osób dorosłych. Zatem nawet w potocznym rozumieniu koncepcja zdrowia ukazuje się jako złożona, a odpowiedzi dorosłych dotyczą zdrowia jako wartości i jako działania. W literaturze można spotkać wymieniane w tym kontekście takie pojęcia jak: potoczna wiedza o zdrowiu, potoczna świadomość zdrowia (Puchalski, 1994, 1997). Szymańska (1994) wykazała, iż także dzieciom, podobnie jak dorosłym, zdrowie kojarzy się częściej z dobrym samopoczuciem niż brakiem choroby, a co dalej zatem idzie rozumienie zdrowia powiązane jest z pozytywną sytuacją, a choroby z negatywną.

Herzlich (1973) dokonała podziału subiektywnych koncepcji zdrowia na trzy kategorie. Pierwsza z nich – zdrowie jako próżnia – obejmuje rozumienie zdrowia jako braku choroby oraz braku wpływu (kontroli) osoby na jej zdrowie/chorobę. Druga kategoria to zdrowie jako rezerwy - tutaj możemy odnaleźć osoby ujmujące zdrowie jako potencjał oraz przekonane o tym, że ich aktywność, styl życia i właściwe „gospodarowanie” zasobami zapewni im zdrowie. Natomiast trzecia kategoria – zdrowie jako równowaga – traktuje zdrowie jako stan równowagi i harmonii, a jej zakłócenia zależne są od wieku, wpływu środowiskowego i w świecie (Sęk, 1997; John-Borys, 2002).

Warto podkreślić, iż badania nad koncepcją zdrowia dzieci i młodzieży nie były podejmowane nazbyt często, szczególnie w przypadku dzieci poniżej 10 r. ż. (Woźniakova, 2006). Pojęcie zdrowia, jako wewnętrznej reprezentacji poznawczej u dziecka, może być wyrażone za pomocą słów i obrazów dotyczących zdrowia i choroby. Pojęcia z obszaru zdrowia są zorganizowane w dziecięce schematy i skrypty zachowań, dlatego też badania te najczęściej opisywane są przez pryzmat wiedzy dzieci oraz aktywności związanej z zdrowiem. Koncepcja zdrowia rozumiana również bywa jako subiektywna wiedza dziecka na temat zdrowia, badana poprzez subiektywne wypowiedzi dotyczące zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych, układają się one w obraz zdrowia – koncepcję zdrowia, indywidualną reprezentacją poznawczą na temat zdrowia u dzieci (Sęk, 1997).

Koncepcja zdrowia u dzieci i młodzieży zmienia się w zależności od wieku badanych, a dokładniej rzecz biorąc od poziomu rozwoju poznawczego (por. Piaget, 1962). Rozumienie zdrowia u dzieci i młodzieży badano poprzez odpowiedzi na pytania: co to jest zdrowie? co to znaczy być zdrowym? dlaczego ktoś jest chory? Dzieci w wieku od 2 do 6 r. ż. formułują odpowiedzi ogólne, mało zróżnicowane, egocentryczne, takie jak: zdrowie umożliwia zabawę z rówieśnikami, wychodzenie z domu, bycie z rodziną. Jest to odzwierciedleniem stadium preoperacyjnego. Z kolei dzieci w młodszym wieku szkolnym, będące w stadium operacji konkretnych, mówią o specyficznych działaniach, zasadach i sytuacjach dotyczących utrzymania zdrowia lub uniknięcia choroby. Dzieci w tym wieku pytane o rozumienie zdrowia udzielają je w sposób mało uporządkowany, a co warte uwagi wymieniają również zewnętrzne oznaki zdrowia (np. zaróżowione policzki, ładna skóra). Natomiast młodzież, która wykazuje poziom myślenia abstrakcyjnego (stadium operacji formalnych), uogólnia informacje dotyczące zdrowia, jego utrzymania oraz sposobów leczenia (Woynarowska, 2007).

Precyzyjność określeń dotyczących zdrowia, pokazywanie jego różnych aspektów u dzieci starszych – wynika również z większego zasobu wiedzy i bogatszego słownictwa. „Zmiany koncepcji zdrowia w dzieciństwie polegają na: przejściu od konkretnych przykładów z własnych doświadczeń do stopniowo wzrastającej zdolności do rozumienia zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego, uwzględniania jego fizycznego i psychicznego wymiaru oraz rozumienia specyficznych pojęć, np. przyczyny chorób, sposoby utrzymania zdrowia” (Kalnis, Love, 1982, s. 23).

W przypadku młodszych dzieci (od 10 do 12 r. ż.) w badaniach Normandeau, Kalnis, Jutras, Hanigan (1998) okazało się, iż sposób zadania pytania dotyczącego postrzegania zdrowia ma zasadnicze znaczenie. Osadzenie pojęcia zdrowia w kontekście codziennych i bieżących zdarzeń i doświadczeń z życia (poprzez takie pytania jak: „czy robisz coś, aby być zdrowym, gdy jesz, ubierasz się, sprzątasz, idziesz spać, ćwiczysz, odrabiasz lekcje, masz czas wolny?”, „po czym możesz poznać, że kolega/koleżanka ma dobre zdrowie?”, „czy jest konieczne robić coś, aby być zdrowym? jeśli tak – co należy robić?”, „co możesz robić, gdy jesteś zdrowy?”) pozwala dokładniej przyjrzeć się rozumieniu zdrowia przez najmłodszych i dostrzec, iż ich koncepcja zdrowia jest wielowymiarowa, podobnie jak u osób dorosłych. Można wyróżnić w takim ujęciu, że dziecięca koncepcja zdrowia składa się z takich elementów jak: bycie sprawnym i zdolnym do wykonywania różnych działań czy też czynności, związanych z aktywnością fizyczną, przebywaniem poza domem, nauką w szkole, a także z zachowań sprzyjających zdrowiu, czyli choćby odpowiedniego odżywiania, aktywności fizycznej, odpowiedniej ilości snu oraz zdrowia psychicznego, które dotyczy samopoczucia w ogóle i relacji z ludźmi. Co ciekawe ostatni wymiar ujawnia się już u dzieci w wieku 5 do 6 lat.

Istnieje spora liczba prac dotyczących koncepcji zdrowia i choroby, w których koncentrowano się na opisie choroby, a nie zdrowia (Heszen, Sęk, 2007), co więcej badania nad koncepcją zdrowia u dzieci zdrowych nie są tak szeroko reprezentowane w literaturze jak badania na ten temat u dzieci chorujących (por. Schmidt, Lehmkuhl, 1994). U podstaw tych prac leży założenie o istnieniu w umyśle człowieka w miarę stabilnej reprezentacji określonego fragmentu rzeczywistości, w tym przypadku – reprezentacji zdrowia i choroby. W badaniach brano pod uwagę komponenty świadomości zdrowotnej: percepcję zdrowia i choroby, przekonania dotyczące czynników ważnych dla zdrowia i choroby, leczenia oraz następstw choroby.

Przykładem mogą być badania Bibace i Walsh (1980) dotyczące koncepcji choroby u dzieci w wieku 4, 7 i 11 r. ż. Najmłodsze dzieci (4-latki), będące w stadium przedoperacyjnym, sądzą, że choroby pojawiają się za pomocą czynników zewnętrznych, nie widać w ich odpowiedziach związków przyczynowo-skutkowych i odwołują się do myślenia magicznego. Nieco starsze dzieci, 7-latki (operacje konkretne) uważają, że można się zarazić poprzez fizyczny kontakt ze szkodliwym czynnikiem. Natomiast 11-latkowie (stadium operacji formalnych) widzą chorobę jako wewnętrzny proces fizjologiczny/ psychofizjologiczny.

Interesujące badania nad koncepcją zdrowia i choroby u dzieci w wieku przedszkolnym, szkoły podstawowej oraz młodzieży z liceum (klasy I do III) przeprowadził Puchalski (1997). W zależności od wieku badanych stosowano różne techniki badawcze. Dzieci przedszkolne, za pomocą rysunków, przedstawiały zdrowie w ramach zbliżonych obrazów, natomiast chorobę – w sposób zróżnicowany i konkretny. Okres przypadający na czas szkoły podstawowej (badanie za pomocą rysunków i wypowiedzi pisemnych) charakteryzował się rysunkami ubogimi, schematycznymi w porównaniu do dzieci w wieku przedszkolnym, stanowił raczej reprodukcje obrazów z otoczenia, mediów. Wypowiedzi pisemne obrazowały różne ujęcia zdrowia. U młodzieży ze szkół średnich można było dostrzec świadomość złożoności pojęcia, trudności definiowania zdrowia - opisy były rozbudowane, ujawniały się znaczące różnice indywidualne w ujmowaniu zdrowia. Obrazuje to przykładowa wypowiedź licealisty: „Pojęcie zdrowia kojarzy mi się z takim stanem, w którym nie tylko nie odczuwam żadnych dolegliwości, ale także moje zmysły i świadomość nie szwankują. Człowiek zdrowy to dla mnie taki, który odpowiada za swoje czyny i jest świadom tego, co czyni osoba zdrowa nie jest uzależniona od żadnych nałogów – nie pije, nie pali, nie narkotyzuje się. Człowiek zdrowy to taki, który cieszy się z tego, że żyje, który jest zdrowy na ciele i duchu. Powinien on rozumieć i widzieć zagrożenia środowiska naturalnego, a prze to zagrożenia życia i zdrowia. Powinien dbać o własne zdrowie i propagować w najbliższym otoczeniu wagę zdrowia” (Puchalski, 1997, za: Sęk, 2007, s.112). Analizy Puchalskiego (1997) pokazały, iż dzieci wysoko wartościują zdrowie, łączą zdrowie z pozytywnymi emocjami, relacjami, dobrym samopoczuciem oraz prawidłowym funkcjonowaniem organizmu. Starsze dzieci widzą związki pomiędzy zachowaniami prozdrowotnymi a zachowaniem zdrowia i ujmują to jako obowiązek każdego z nas.

John-Borys (2002) większą wagę przypisuje wpływom społecznym – środowisku rodzicielskiemu, kulturze w jakiej dorastamy oraz edukacji zdrowotnej. Jej badania wskazują, iż młodzież opisuje zdrowie uwzględniając w tym pojęciu samopoczucie, różne stany emocjonalne, możliwość wykonywania różnych czynności czy podejmowanie różnych działań. Wymieniane są komponenty: fizyczne (ciało, organizm), psychiczne (uczucia, emocje), energetyczne (dynamika działania) i społeczne (interpersonalne i zadaniowe). Badania te, obejmujące różne aspekty opisu zdrowia i choroby u nastolatków od 12 do 14 r. ż., pozwoliły na wyodrębnienie czterech wspólnych wymiarów w obrazie zdrowia i choroby u dorastających: wymiar emocjonalny zdrowia, wymiar energetyczny zdrowia, wymiar komfortu – dyskomfortu cielesnego oraz wymiar życia społecznego. Analiza jakościowa zawartości schematów poznawczych zdrowia i choroby pokazała, iż konstrukty poznawcze stosowane przez dzieci mogą być umieszczone na wspólnych wymiarach zdrowia i choroby. Z badań wyłoniła się struktura obrazu zdrowia, na który składają się cztery kategorie: zdrowie jako norma, zachowania promedyczne, kierowanie się pozytywnymi standardami zdrowia, zdrowie jako dobre samopoczucie w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej. Pierwsza kategoria odnosi się do zdrowia jako normy opisywana była jako uczestniczenie w życiu codziennym, brak dolegliwości, rzadziej – zrównoważenie psychiczne. Kolejna opis wiązał się z zachowaniami promedycznymi – były to działania prewencyjne, profilaktyka medyczna, np. przestrzeganie zasad higieny, reagowanie na wczesne objawy choroby, zgłoszenie się do lekarza, stosowanie się do zaleceń personelu medycznego (zażywanie leków). Kierowanie się pozytywnymi standardami zdrowia to trzecia kategoria, która ujawniała się w tej analizie. Opisuje ona społeczne przekazy dotyczące zdrowia, różne formy aktywności ukierunkowanej na dążenie do celów społecznie akceptowanych, np. podejmowanie aktywności fizycznej, praca, nauka, racjonalne odżywianie i ubieranie się, pozytywne relacje nastawione na współpracę. Ostatnia kategoria to zdrowie jako dobrostan we wszystkich sferach życia człowieka – poczucie zadowolenia i jego wyrażanie dzięki i w trakcie aktywnemu działaniu (u dzieci to zabawa) oraz dzięki kontaktom społecznym. Dobrostan fizyczny to także sen i apetyt.

Schmidt, Frohling (2000) stwierdzili, iż rozumienie zdrowia przez dzieci i młodzież (5 do 16 r. ż.) można podzielić na cztery elementy – kategorie, ujawniające się w różnym stopniu podczas każdego okresu rozwojowego. Brak chorób i niesprawności jest najczęściej wymieniany przez dzieci w wieku od 5 do 12 r. ż., natomiast zdrowie jako



nastrój czy energia wraz z wiekiem pojawia się coraz częściej aż do okresu dorosłości. Dwie ostatnie kategorie to zdrowie rozumiane jako działanie oraz jako stan podczas którego nie trzeba korzystać z usług medycznych. U adolescentów pojawia się także rozumienie zdrowia jako wartości (cennego dobra, najważniejszej rzeczy w życiu).

Wiele innych badań w tym nurcie, skupia się na osobach zdrowych i chorujących oraz ich percepcji choroby (Jenkins, Zyzanski, 1968, Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980, Turk, Rudy, Salovey, 1986, za: Sęk, 2007). Badania te wykorzystywały różne sposoby operacjonalizacji koncepcji zdrowia i choroby - za pomocą dyferencjału semantycznego, wywiadów, kwestionariuszy. W przypadku percepcji choroby wyróżniono, za pomocą analizy czynnikowej, wymiary choroby takie jak: powaga chorób, osobista odpowiedzialność, kontrolowalność i przebieg w czasie – niezależnie od rodzaju choroby i zastosowanej metody leczenia (Sęk, 2007).

Inny nurt badań skupia się na zdrowiu jako wartości. Wtedy zdrowie rozumiane jest w sposób abstrakcyjny – jako jedna z wartości. Kategorią ogólną służącą do opisu charakterystyki zdrowia jest kategoria wartości. Ujęcie zdrowia jako wartości sprawia w konsekwencji, że jest ono w pewnym sensie lokowane poza jednostką. Poprzez taką obiektywizację zdrowia, zdrowie może stać się celem aktywności człowieka. Wówczas zdrowie i choroba, podobnie jak inne wartości, mają wartość pozytywną i negatywną, ujmowane są oddzielnie oraz zgodnie z ich wartością dodatnią czy negatywną jednostką do nich dąży lub unika (Tomaszewski, 1975; Heszen, Sęk, 2007).

Dążenie ku zdrowiu może być czynnością autoteliczną lub instrumentalną. Samo inicjowanie działań mających na celu podtrzymanie, poprawę, rozwijanie zdrowia może być dokonywane ze względu na wartość zdrowia jako takiego – wówczas mamy do czynienia z ujmowaniem zdrowia jako wartości autotelicznej. Badania Puchalskiego (1997) z udziałem grupy około 1500 pracowników zakładów przemysłowych pokazały, iż około 73% ludzi zdrowie traktuje jako najważniejszą rzecz w życiu, co więcej zdrowie dla badanych stało najwyżej w hierarchii wartości. Pozwalało to sądzić, iż jest ono dla nich wartością autoteliczną. Z kolei wyniki dotyczące ewentualnego traktowania zdrowia jako wartości instrumentalnej pokazały, że u połowy badanych powodem narażania własnego życia może być zdrowie kogoś z najbliższej rodziny, chęć zachowania zgody i miłości wśród najbliższych oraz ratowanie zdrowia i życia przyjaciół. Pozostałe rezultaty

świadczą o relatywnie słabszej tendencji traktowania zdrowia jako wartości instrumentalnej.

Inne badania (por. Górnik-Durose, 2013) pokazały podobnie, że wśród dorosłych Polaków zdrowie okazało się wartością cenioną najbardziej. Jednocześnie wskaźnik relatywnej wartości zdrowia (będący sumą różnic wartościowania zdrowia i innych ważnych obiektów) ujawnił rozproszenie preferencji dotyczących wartości zdrowia w porównaniu z innymi wartościami.

W badaniach często brano pod uwagę pozycję zdrowia w hierarchii lub systemie (zbiorze) wartości. Badania przeprowadzone przez Wenzel (2004) w grupie ludzi dorosłych informują nas o tym, iż zdrowie zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości wśród Polaków. Na pytanie czy zdrowie jest ważne w życiu osobistym, wszyscy badani odpowiedzieli, że ich zdrowie i zdrowie najbliższych jest bardzo ważne i raczej ważne. Odpowiadając na pytanie co jest najważniejsze w życiu, co stanowi jego sens, poprzez wybranie 5 spośród 18 wartości, aż 67% badanych stawiało zdrowia drugiej pozycji. (pierwsze miejsce wybrane przez 70% badanych zajęła rodzina). Zdrowie jest wyżej cenione przez ludzi starszych aniżeli młodszych, oraz osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym, niż osoby z wykształceniem wyższym.

Z kolei badania Czapińskiego i Panka (2013), zamieszczone w Diagnozie Społecznej 2013, pokazały, że system wartości społeczeństwa polskiego w latach 1992-2013 był dość stabilny i zdrowie zajmowało w nim zawsze pierwsze miejsce (wybierane przez 65% Polaków).

Stosunkowo mało jest badań dotyczących miejsca zdrowia w hierarchii wartości u młodzieży. Te, które były przeprowadzone na reprezentatywnych grupach młodzieży, wskazują, iż większość młodych ludzi nie uświadamia sobie, że zdrowie może dla nich być wartością (Gaweł, 2003; Woynarowska, 2007).

Gromadecka – Sutkiewicz (1999) przeprowadziła badanie uczniów z ostatnich klas szkół średnich i zawodowych, w którym okazało się, że podczas wywiadu żaden z młodych ludzi nie wymienił zdrowia wśród ważnych wartości w życiu (najczęściej wymieniano rodzinę, miłość, przyjaźń). Jednakże podczas wypełniania ankiety, w której zostało wymienionych 6 wartości, zdrowie zajęło czwarte miejsce.

Badania przeprowadzone wśród uczniów różnych szkół w wieku 12 – 18 r. ż. (w powiecie piotrkowskim) wskazują, że nieco ponad 30% młodzieży uznała zdrowie za najważniejszą wartość wśród innych dziewięciu zaproponowanych przez autora narzędzia. Jednocześnie 15% w ogóle nie wybrało zdrowia jako wartości ważnej dla siebie (Łuczak, 2004). Badanie te również pokazały, iż osoby przypisujące zdrowiu wysoką pozycję w hierarchii wartości podejmują więcej zachowań prozdrowotnych oraz częściej nie podejmują zachowań ryzykownych w porównaniu do osób lokujących zdrowie nisko lub przeciętnie w hierarchii wartości. Wnioski autorów badań wskazywały na istotność zachęcania młodzieży do zastanowienia się nad zdrowiem, jego wartością, miejscem pośród innych wartości.

Świda–Zięba (1993) badała longitudinalnie wartości charakteryzujące różne pokolenia młodzieży, rozumiane jako ogólne kryteria oceny rzeczywistości, ale takie kryteria, które nie są świadomie werbalizowane, lecz ujawniają się przy ocenie obiektów i stanów rzeczy w interpersonalnej komunikacji. Autorka stworzyła katalog wartości: intelektualne, emocjonalne, hedonistyczne, prestiżowe, materialne, estetyczne, socjocentryczne, allocentryczne, perfekcjonistyczne. Zadaniem licealistów był wybór, w ramach każdego pytania, najwyżej pięciu odpowiedzi z 22 możliwych. Badania wykazały, iż licealiści wybierali określone wartości i były też takie, które pomijali. W roku 1974 wybierano przede wszystkim wartości intelektualne (69%). Natomiast w 1978 roku jedynie 42% badanych traktowało je jako ważne, a w kolejnych latach; 1984 i 1989 - 28%. Ustąpiły one miejsca wartościom perfekcjonistycznym, choć i te z biegiem lat były cenione coraz słabiej. Badani w 1978r. cenili najwyżej wartości allocentryczne (64%) i wartości hedonistyczne. Autorka podkreśla jednak fakt, iż te ostatnie są cenione w określonym aspekcie – perspektywa przyjemności nie decydowała o wysokiej ocenie obiektów, a sam termin „hedonizm” nie był popularny jako hasło ideologiczne, natomiast obiekty indywidualnie istotne oceniane były jako te uwalniające od bólu, cierpienia, przynoszące ulgę i wyzwalające z niepokoju. W 1984r. wzrosła waga niezależności.

W innych badaniach (Sulek, 1989) skoncentrowano się na dążeniach jednostki do osiągnięcia różnych wartości w życiu, pojmowanych przez nie jako cele życiowe, wyznaczające ich działanie wraz z przekonaniem o możliwościach osiągnięcia tych dóbr. W badaniach tych okazało się, iż najważniejszymi wartościami dla młodzieży u progu dorosłego życia są przede wszystkim miłość i szczęście rodzinne (ok. 80%), dalej – życie wśród przyjaciół i ciekawa, dająca satysfakcję praca. Wartości te związane były z

zaspokajaniem własnych potrzeb psychicznych i potrzeb afiliacyjnych. Inne wymieniane przez młodzież to: spokojne życie, twórczy wkład do kultury, sukces i szerokie uznanie, barwne życie (od 12 do 40%). Przedstawia to obraz umiarkowanego i prywatnego charakteru wartości. To wartości na miarę możliwości ludzi u progu dorosłości, które wydają się możliwe do zrealizowania („trzeźwy realizm”). Co ciekawe, u młodzieży prawie nie pojawiała się kategoria zdrowia jako wartości (w odróżnieniu od ich rodziców, którzy sytuowali zdrowie na równi z życiem materialnym i czasem wolnym).

Juczyński (2001) przeprowadził badania w grupie dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 17 lat. Stwierdził, że wraz z wiekiem wzrasta znaczenie wartości altruistycznych i waga zdrowia - wartość zdrowia była doceniana przez dorastających. Dobre zdrowie było w tej grupie najczęściej wybieranym symbolem szczęścia osobistego (inaczej wartością ludzką), aczkolwiek rzadko przypisywano mu najwyższą rangę (4,5%). Warto jednak zwrócić uwagę, że 22% młodzieży nie zaliczyło zdrowia do pierwszych pięciu wartości osobistych, a także to, że zdrowie nie zawsze było zaliczane do najważniejszych wartości. Ogółem w grupie dziesięciu najważniejszych wartości osobistych, dobremu zdrowiu, rozumianemu jako sprawność fizyczna i psychiczna, młodzież przypisywała drugą pozycję (pierwszą pozycję zajmowała miłość i przyjaźń, kolejne pozycje po zdrowiu – poczucie humoru, inteligencja, wiedza, odwaga, na samym końcu - bogactwo i majątek). Badania Juczyńskiego wskazały również, że wartość przypisywana zdrowiu jest różna w zależności od płci. Interesującym wydaje się, że chłopcy w porównaniu z dziewczętami przypisywali zdrowiu wyższą wartość, pomimo tego, że, jak wynika z innych badań, w mniejszym stopniu podejmują zachowania zdrowotne.

#### **4.4. Subiektywna percepcja zdrowia**

Samo rozumienie zdrowia, jego definiowanie, opisywanie związane jest niejako z własnym – potocznym rozumieniem tego pojęcia. Stąd też w literaturze potoczna wiedza o zdrowiu i chorobie, określana jest także jako subiektywna wiedza o zdrowiu i chorobie. Utożsamiane jest to również z koncepcją zdrowia i choroby, jednakże akcentuje się bardziej podmiotowy charakter opisu tego zjawiska, czyli percepcję zdrowia (John-Borys, 2002, Sokołowska, 1980).

Niejednokrotnie zdrowie traktuje się jako ogólną samoocenę dokonywaną przez jednostkę. Wówczas zdrowie ujmowane jest w literaturze (por. Heszen, Sęk, 2007) jako samopoczucie jednostki w odniesieniu do zdrowia, samoocena zdrowia, subiektywna ocena zdrowia czy też zdrowie subiektywne (w przeciwieństwie do zdrowia obiektywnego, rozumianego jako ocena medyczna i psychologiczna).

W rozwijaniu zachowań prozdrowotnych ogromną rolę odgrywa subiektywna percepcja zdrowia. W zależności od tego, w jakich kategoriach osoba ujmuje zdrowie może ona obrazować rozumienie zdrowia jako procesu lub potencjału zdrowotnego lub wartości (Heszen, Sęk, 2007). Należy przy tym pamiętać, iż podejmowanie pewnych zachowań, zwłaszcza działań celowych, zależy od subiektywnego obrazu rzeczywistości, a nie od realnych, faktycznych właściwości. Dotyczy to oczywiście podejmowania zachowań związanych z własnym zdrowiem. Implikuje to docenianie wpływu subiektywnej percepcji zdrowia na zachowania jednostki, również w sytuacji kiedy to ocena nie jest spójna z oceną medyczną i psychologiczną (czyli zdrowiem obiektywnym).

W powyższej pracy przyjęto, że subiektywna percepcja zdrowia rozumiana będzie jako samoocena stanu zdrowia dokonywana przez jednostkę w kontekście codziennego życia na podstawie posiadanej wiedzy, własnych odczuć i osobistych doświadczeń dobrego życia (Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, 2011). Takie rozumienie zdrowia wynika z założeń modelu socjoekologicznego (Heszen, Sęk, 2007; Słońska, 1994), gdzie rozumienie zdrowia koncentruje się na jego pozytywnych aspektach, uwzględnia podstawowe wymiary: biologiczny, psychiczny społeczny, a także uwzględnia perspektywę podmiotową. Dzięki tej ostatniej jednostka nadaje zdrowiu własny sens i wartościuje je wedle uznania. Według Mateusiak, Gwozdeckiej-Wolniaszek i Januszka (2011) pozwala to na uznanie subiektywnej percepcji zdrowia danej jednostki za równoprawną z oceną dokonywaną przez psychologów. Perspektywa subiektywna w ocenie zdrowia pozwala na badanie zdrowia w określonym momencie czasowym, nie dając możliwości uchwycenia procesu zdrowia.

Na podstawie przeprowadzonych badań wspomniani autorzy stworzyli kwestionariusz pomiaru subiektywnej percepcji zdrowia, ujmując je w ramach pięciu kategorii. Pierwsza z nich to pozytywne nastawienie czyli optymizm, poczucie energii i siły, chęć do działania, przekonanie o powodzeniu własnych działań. Druga kategoria to dyskomfort psychiczny, opisywany jako odczuwanie przejawów stresu czy też napięcia,

wrogości wobec innych, zmęczenia i drażliwości. Kolejnymi czynnikami są aktywność fizyczna (ćwiczenia fizyczne, odczuwanie przyjemności z wysiłku fizycznego, aktywne formy spędzania wolnego czasu, aktywny wypoczynek) oraz wrażliwość na innych (otwartość na ludzi, gotowość do pomocy, wspieranie innych, czerpanie przyjemności z poświęcania czasu innym/działania na rzecz innych). Ostatnią kategorią jest sprawność działania - sprawne wykonanie codziennych zadań i obowiązków, przekonanie o skuteczności własnego działania, skuteczna realizacja planów, osiągnięcie celów. Autorzy narzędzia sugerują, iż nie wskazany jest stosownie ogólnego wskaźnika percepcji zdrowia, który byłby sumą poszczególnych czynników, gdyż są one niejako odrębne treściowo.

Jako przykład badań dotyczących subiektywnej oceny zdrowia można przytoczyć raport HBSC (2011). Uwzględniono w nim samopoczucie młodzieży, które dotyczyło trzech elementów oceny subiektywnej: samooceny zdrowia, częstości występowania wybranych dolegliwości subiektywnych, ogólnego zadowolenia z życia.

Zaobserwowano, że oceny w przypadku większości wskaźników (poza zespołem dolegliwości subiektywnych u chłopców) znacząco pogarszają się wraz z wiekiem uczniów. Z wiekiem nasilają się także różnice zależne od płci. Warto również podkreślić, iż wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia wśród polskiej młodzieży, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, zajmuje jedną z ostatnich pozycji - pod względem odsetka młodych ludzi zadowolonych ze swojego życia (gorsze wyniki uzyskano jedynie w Turcji, Rumunii i na Ukrainie). Co więcej, kierunek zmian w latach od 2006 do 2010, w grupie uczniów 15-letnich pokazuje, iż obniżyło się nie tylko zadowolenie z życia, ale także inne elementy składowe samopoczucia młodzieży świadczące o ich kondycji psychicznej. Poniżej przedstawiono dane dotyczące młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

Pierwszy z elementów samopoczucia młodzieży to samoocena zdrowia. Okazało się, iż spośród młodzieży w drugiej klasie szkoły ponadgimnazjalnej, czyli od 17 do 18 r. ż., nieco ponad połowa badanych uznała, że jest ono dobre (57,3%). Według zaleceń HBSC z 2010 roku (2011) kategorie odpowiedzi: „niezłe” i „słabe” należy traktować jako wskazujące na ujmowania zdrowia w aspekcie negatywnym - z raportu wynika, że 26,1% oceniało je jako „niezłe”, 5,3% jako „słabe”. Odpowiedzi „znakomite” to rozumienie zdrowia w aspekcie pozytywnym - i tak oceniało je 11,3% badanej młodzieży.

Zadowolenie z życia jako drugi wskaźnik samooceny zdrowia u młodzieży mierzony za pomocą skali Cantrilla (miernik jakości życia związany ze zdrowiem, zbudowany przy użyciu skali wizualnej) pokazał, iż ta sama grupa wiekowa w 57,4% oceniała swoje życie jako „przeciętne”. Niemalże 28% było mało zadowolone ze swojego życia, a prawie 15% wybrało odpowiedź „duże zadowolenie”.

Ostatni blok dotyczył dolegliwości subiektywnych – częstości odczuwania symptomów: bólu głowy, brzucha, pleców, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności z zasypianiem i zawrotów głowy. Za częste uznano odczuwanie tych dolegliwości codziennie lub częściej niż raz w tygodniu. Według tego kryterium najczęściej występującymi dolegliwościami u tej grupy okazało się: uczucie zdenerwowania w ostatnich 6 miesiącach – u 41% badanych, następnie uczucie rozdrażnienia lub złego humoru – 30%, uczucie przygnębienia – 18%. Z dolegliwości somatycznych najczęstsze okazały się bóle głowy – 27,8% uczniów, bóle pleców – 18%, bóle brzucha – 13%, zawroty głowy – 12%, natomiast w ciągu ostatniego pół roku trudności z zasypianiem deklarowało 22% uczniów. Młodzież w wieku od 17 do 18 r. ż. skarżąca się na występowanie dwóch lub więcej powtarzających się symptomów stanowiła 44,6%.

#### **4.5. Temperamentalne wyznaczniki zachowań ryzykownych**

Wśród indywidualnych wyznaczników zachowań zdrowotnych bardzo istotną rolę odgrywają cechy temperamentu, jednak literatura na ten temat koncentruje się w zasadzie wyłącznie na jednym rodzaju tych zachowań – zachowaniach ryzykownych, pomijając zachowania prozdrowotne. Wynika to prawdopodobnie z koncentracji na kluczowym dla temperamentu pojęciu zapotrzebowania na stymulację i jej regulacji. Z tego względu w niniejszym podrozdziale zostaną omówione tylko temperamentalne mechanizmy podejmowania zachowań ryzykownych.

#### **4.5.1. Biologiczna teoria poszukiwania doznań Zuckermana**

Biorąc pod uwagę, że podejmowania zachowań ryzykownych wynika często z potrzeby stymulacji warto przyjrzeć się bliżej biologicznej teorii poszukiwania doznań Zuckermana. Głównym wymiarem temperamentu w teorii Zuckermana jest poszukiwanie doznań (Zuckerman, 1979, 1994). Zainteresował się on zjawiskiem poszukiwania doznań w wyniku badań nad deprywacją sensoryczną prowadzonych wspólnie z McGillem. Wyniki tych badań, gdzie wykazano, iż u osób poddanych długotrwałej deprywacji sensorycznej pojawiają się specyficzne zachowania i reakcje fizjologiczne, oraz tezy teorii motywacji i teorii aktywacji (Hull, 1952, Murphy, 1947, Hebb, 1955, itp.) spowodowały, iż Zuckerman początkowo zdefiniował poszukiwanie doznań jako „potrzebę sensoryczną opartą na optymalnym poziomie stymulacji” (1979, s. 98), ujmując go jako czynnik ogólny. Sformułował dziesięć postulatów, dotyczących tego czynnika, a wśród nich najistotniejszy związany był z różnicami indywidualnymi. Zgodnie z nimi istnieje odmienny dla każdego człowieka optymalny poziom stymulacji i aktywacji związany z aktywnością poznawczą czy też motoryczną. Jeśli osiągniemy taki poziom, odczuwamy pozytywny stan emocjonalny. Czynniki jakie wpływają na ten poziom związane są z wiekiem, przebiegiem uczenia się, wymogami aktywności, aktualnym poziomem stymulacji, cyklem dobowym oraz cechami konstytucjonalnymi, takimi jak: reaktywność autonomicznego i ośrodkowego układu nerwowego na bodźce i siła pobudzenia i hamowania w ośrodkowym układzie nerwowym.

Opierając się na wynikach licznych badań Zuckerman uznał, iż na cechę zwaną poszukiwaniem doznań składa się „potrzeba doznawania zróżnicowanych, nowych wrażeń i doświadczeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka fizycznego i społecznego w celu dostarczenia sobie tego typu doznań” (Zuckerman, 1979, s. 10). W kolejnych dookreśleniach pojęcia autor podkreślił, iż źródłem stymulacji jest znaczenie wartości stymulacji, różne w przypadku poszczególnych osób, a nie fizyczna wartość stymulacji.

Poszukiwanie doznań jest strukturą złożoną z czterech czynników: poszukiwanie grozy i przygód, poszukiwanie przeżyć, rozhamowanie i podatność na nudę. Pierwszy z tych czynników przejawia się w zamyśleniu do aktywności na świeżym powietrzu i fizycznie ryzykownych zajęć, potrzebie uprawiania ekscytujących sportów (np. jazdy na nartach, spadochroniarstwa). Drugi czynnik to „poszukiwanie aktywacji poprzez umysł i



zmysły, poprzez wybór nonkonformistycznego stylu życia” (Zuckerman, 1979, s. 102), np. spontaniczne podróże, poszukiwanie towarzystwa wyjątkowych ludzi, sięganie po substancje psychoaktywne. Rozhamowanie jest najsilniej uwarunkowane biologicznie – to potrzeba do rozładowania i poszukiwania odprężenia w sytuacjach hedonistycznego eksperymentowania, np. picie alkoholu, uprawianie seksu, hazard, „imprezowy” tryb życia. Ostatni czynnik: podatność na nudę przejawia się jako niechęć do powtarzania doświadczeń, monotonnej pracy, mało ciekawych ludzi, reagowanie niepokojem na monotonię (Strelau, 2002).

Liczne badania Zuckermana (1979, 1984, 1994) dotyczyły związku pomiędzy cechą poszukiwania doznań i zachowaniami o różnej wartości stymulacyjnej, czy też sytuacjami związanymi z ryzykiem, a nawet zachowaniami patologicznymi. Wyniki tych badań potwierdziły, iż osoby poszukujące doznań częściej niż pozostałe osoby podejmują zachowania nowe, związane z ryzykiem, mocno stymulacyjne oraz podejmują czynności dla samej radości z nich płynącej, bez względu na to, czy są one powszechnie akceptowane lub związane z łamaniem prawa, czy zaburzone. Wśród osób z problemami, takimi jak alkoholizm, narkomania, przestępczość, psychopatia, wykazano istnienie znacznego procentu osób, które uzyskują wysokie wyniki w skali poszukiwania doznań (Zuckerman, 1979, 1984, 1994). Okazuje się, że wśród poszukujących doznań istotna jest sama kwestia zmiany jako takiej. Ludzie z nasiloną potrzebą doznań z wszelką cenę podczas jednej czynności w krótkim czasie będą podejmowali kolejną aktywność. Zuckerman porównał to do sposobu oglądania programów w telewizji – są to te osoby, które szybko będą zmieniać kanały telewizyjne. Podobnie postępują w życiu – zmieniają czynności, podejmowane zachowania ryzykowne, zmieniają partnerów życiowych i seksualnych.

Zdaniem Strelaua teoria temperamentu Zuckermana jest spójną i całościową próbą wyjaśnienia skłonności do poszukiwania wrażeń, a większość zebranych danych empirycznych jest zgodna z oczekiwaniami teorii. Jednak można również sformułować pewne uwagi krytyczne. Część z nich skupia się na biologicznej stronie modelu, ale pojawiają się też i takie, które mówią o zbyt małym uwzględnieniu wpływu środowiska, czy kontekstu społecznego na przejawy składników wymiaru poszukiwania doznań (poszukiwania grozy i przygód, poszukiwania przeżyć, rozhamowania, podatności na nudę). Uwagi krytyczne dotyczą także narzędzi pomiarowych tej zmiennej. Sama skala służąca do pomiaru poszukiwania doznań jest, według Strelaua, silnie obciążona kulturowo (podobnie jak i inne służące do pomiaru temperamentu, czy też osobowości). Wynika to z

faktu, iż pewne zachowania są stosunkowo rzadko podejmowane oraz często nieobecne w innych kulturach, stąd też adaptacja kulturowa tego typu narzędzi jest trudna (Strelau, 2002).

#### **4.5.2. Regulacyjna Teoria Temperamentu Strelaua. Struktury temperamentu.**

W polskiej psychologii niekwestionowaną pozycję ma Regulacyjna Teoria Temperamentu Jana Strelaua, w której temperament definiowany jest jako „podstawowe, względnie stałe cechy osobowości, odnoszące się przede wszystkim do formalnych charakterystyk (energetycznych i czasowych) zachowań. Cechy te ujawniają się we wczesnym dzieciństwie i mają swój odpowiednik w świecie zwierząt. Temperament, choć pierwotnie uwarunkowany mechanizmami neurobiochemicznymi, podlega powolnym zmianom pod wpływem dojrzewania i specyficznych dla jednostki oddziaływań między genotypem a środowiskiem (Strelau, 2002a). Zanim jednak to pojęcie zostało tak dookreślone, sam autor – po raz pierwszy - w roku 1974 r. zaprezentował swoją koncepcję, którą zainteresowała środowiska naukowe i zdobyła wśród nich uznanie. Przy tworzeniu swojej teorii, Strelau dokładnie studiował prace uczonych radzieckich: Pawłowa, Tiepłowa, Niebylicyna czy Mierlina oraz odbywał spotkania i nawiązał współpracę z Eysenckiem i Grayem, a także Thomasem i Chess, Plominem, Rothbart, Goldsmothem, Batesem, Wachsem (Strelau, 2002a). Nie bez wpływu pozostawała również Teoria Czynności Tadeusza Tomaszewskiego (1963), która, według Strelaua, „uławiała” badanie cech temperamentu niejako w powiązaniu z jednostką (tutaj istotna jest jej aktywność jako najważniejsza rola regulacyjna) i środowiskiem. Spore znaczenie w rozwoju tego ujęcia, miało również pojęcie aktywacji, wprowadzone przez Duffy (1957). W ciągu kilkudziesięciu lat swojego rozwoju, koncepcja Strelaua podlegała licznym zmianom i modyfikacjom (patrz: Strelau, 1985, 1992, 2002a, 2002b, 2006).

Strelau podkreśla, że temperament przejawia się w formalnej charakterystyce zachowania i że cechy formalne, od stuleci uznawane za najważniejsze właściwości, można opisać w kategoriach energetycznych i czasowych. Autor pod pojęciem cechy temperamentu rozumie konstrukt hipotetyczny, który ma oznaczać zgeneralizowaną tendencję do określonych zachowań, przejawiającą się w różnych, spójnych z tą tendencją

sytuacjach. Jest ona uwarunkowana przez wewnętrzne mechanizmy, ale nie może być do nich zredukowana. Co więcej, jest względnie trwała, co oznacza, że zachowanie lub charakterystyki, w których przejawia się temperament, zmieniają się w mniejszym stopniu niż inne cechy, choć pod wpływem drastycznych wydarzeń lub długotrwałego oddziaływania środowiska, ta zmiana jest możliwa.

Energetyczne cechy zachowania to „wszystkie te cechy, które są wyznaczone różnicami indywidualnymi w mechanizmach fizjologicznych, odpowiedzialnych za poziom energetyczny organizmu, to jest za nagromadzenie (kumulowanie) jak i rozładowanie (wyzwolenie) zmagazynowanej energii” (Strelau, 1974, s. 11). W początkowych wersjach swojej koncepcji, Strelau wskazał na reaktywność i aktywność jako dwie energetyczne cechy zachowania.

W obrębie pierwszej z nich, tj. reaktywności (określanej jako cecha determinująca względnie stałą i charakterystyczną dla danej jednostki intensywność reakcji, czy też rozumianej jako siła układu nerwowego) wyróżniono wrażliwość oraz wydolność jako wymiary jej krańcowej postaci. Z tym, że wrażliwość miała przejawiać się we wrażliwości sensorycznej (zmysłowej) - rozumianej operacyjnie jako „minimalna wielkość bodźca, zdolna wywołać ledwo dostrzegalne wrażenie” (Strelau, 1974, s. 15), a także wrażliwości emocjonalnej czyli łatwości wzbudzania emocji w odpowiedzi na bodźce emotogenne (Zawadzki, Strelau, 1997, s. 17). W przypadku tej cechy, jest ona tym większa, im słabszy jest bodziec wywołujący reakcję.

Drugą cechą temperamentu w obrębie reaktywności jest wydolność (odporność), będąca niejako odwrotnością wrażliwości. Została ona podzielona na: odporność emocjonalną (czyli zdolność do sprawnego działania pomimo silnego pobudzenia emocjonalnego), odporność na zmęczenie (rozumianą jako umiejętność długotrwałego, intensywnego działania bez lub pomimo zmęczenia) oraz odporność na dystraktory (cechą determinującą zdolność jednostki do działania pomimo silnej stymulacji tj. np. bólu, hałasu, wysokiej bądź niskiej temperatury) (Zawadzki, Strelau, 1997). W przypadku tej cechy, wyższa reaktywność (mniejsza odporność) jest wówczas kiedy słabszy jest bodziec wywołujący obniżenie wydolności (przekroczenie górnego progu reagowania).

Obok wyżej opisanej wrażliwości drugą cechą związaną z poziomem energetycznym zachowania jest aktywność rozumiana jako cecha umożliwiająca regulację stymulacji, przejawiająca się w tendencji do dążenia/ unikania stymulacji tak, aby

przybliżyć wartość pobudzenia, którego doświadcza jednostka, do optimum. Strelau wyróżnił aktywność rozumianą jako pośrednie i bezpośrednie źródło stymulacji. Pośrednie źródło stymulacji to właściwość zachowania, przejawiająca się w podejmowaniu (lub gotowości do podjęcia) przez jednostkę działań, których celem jest dostarczenie lub uniknięcie pobudzenia, pochodzącego z zewnątrz organizmu (Strelau, Zawadzki, 1993). Aktywność będąca bezpośrednim źródłem stymulacji to właściwość zachowania przejawiająca się w podejmowaniu (lub gotowości do podjęcia) działań, które same w sobie są źródłem stymulacji (z uwagi na intensywność, stopień postrzeganego zagrożenia itp.) (Zawadzki, Strelau, 1997).

Pierwotnie wśród czasowych charakterystyk zachowania, rozumianych jako „zespół cech, charakteryzujących przebieg reakcji w czasie” (Strelau, 1974, s.20), wyróżniono pięć cech. Były nimi: ruchliwość – definiowaną jako „zdolność do przestawiania się z jednej reakcji na drugą, odpowiednio do zmian otoczenia” (Strelau, 1985, s.300), szybkość – mierzona czasem latencji reakcji (Strelau, 1985), tempo – czyli „częstość występowania reakcji w odpowiedniej jednostce czasu” (Strelau, Zawadzki, 1993, s. 327), utrzymywanie – tzn. „czas trwania reakcji po zaprzestaniu działania bodźca i mimo działania innych, następnych bodźców” (Strelau, 1985, s. 303) oraz powtarzanie – „przejawiającą się w liczbie powtórzeń reakcji po zaprzestaniu działania bodźca (Zawadzki, Strelau, 1997, s. 27).

W efekcie analizy teoretycznej oraz badań empirycznych doprowadzono do opisu temperamentu, w którym wyodrębniono sześć cech, nieco odbiegających od pierwotnie postulowanych cech energetycznych i czasowych zachowania.

W skład struktury temperamentu należących do cech energetycznych zachowania wchodzi: reaktywność emocjonalna – tendencja jednostki do intensywnego reagowania emocjonalnego na bodźce emocjonalne, wyrażająca się w dużej wrażliwości emocjonalnej i niskiej odporności emocjonalnej, wytrzymałość – zdolność do adekwatnego reagowania na sytuacje, wymagające długotrwałego lub bardzo stymulującego działania w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej, wrażliwość sensoryczna – zdolność do reagowania na bodźce sensoryczne o niskiej wartości stymulacyjnej oraz aktywność – tendencja jednostki do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej lub zachowań prowadzących do osiągnięcia silnej stymulacji zewnętrznej (Strelau, Zawadzki, 1993, s. 327).

Wśród cech czasowych zachowania można wyróżnić: żwawość – tendencję do szybkiego reagowania, wytrzymywania dużego tempa wykonywanych czynności i łatwej zmiany zachowania adekwatnie do warunków zewnętrznych oraz perseweratywność – tendencję do trwania i powtarzania danego zachowania przez jednostkę po zaprzestaniu działania bodźca, wywołującego to zachowanie (Strelau, Zawadzki, 1993, s. 327).

Przyglądając się Regulacyjnej Teorii Temperamentu warto dodać, iż podkreśla ona powszechność różnic indywidualnych w temperamencie. Powszechność oznacza, że każde zachowanie, bez względu na jego rodzaj, można opisać w kategoriach cech energetycznych i czasowych, oraz że jest on obecny zarówno u ludzi - od początków życia człowieka (nawet od początków życia prenatalnego, Eaton, Saudino, 1992), a także u zwierząt (zarówno zachowanie noworodków, jak również wszystkich kręgowców można scharakteryzować, odnosząc się do kategorii intensywności i czasu). Wskazuje to na genetyczne i biologiczne podłoże temperamentu, co wiąże się z wcześniej przytoczonymi postulatami przyjmowanymi w tej teorii mówiącymi, o tym, że temperament jest wynikiem ewolucji biologicznej. Co prawda w ontogenezie podlega on powolnym zmianom, co potwierdzają badania genetyczne, wskazujące, że chociaż odziedziczalność temperamentu jest dość wysoka i waha się w przedziale od 0.3 do 0.6 (Strelau, 2002), to jednak za pozostałą część odpowiada środowisko, zwłaszcza to specyficzne dla jednostki.

Jak zauważają Zawadzki i Strelau (1997, 2003) cechy temperamentu nie są bynajmniej niezależne. Pomiędzy nimi istnieją związki, które odzwierciedlają funkcjonalne sprzężenie cech i ich współdziałanie w procesie regulacji stymulacji. Temperament bowiem pełni funkcję regulacyjną, która polega na tym, że moderuje on energetyczną (stymulacyjną) i temporalną wartość zachowań i sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka, odpowiednio do posiadanych przez nią właściwości. Człowiek podejmuje (ogranicza) zachowania lub poszukuje (unika) sytuacji, które korespondują z jego temperamentem oraz inaczej reaguje na sytuacje o danej wartości stymulacyjnej. Dodatkowo regulacyjna funkcja temperamentu ujawnia się także w stylu działania preferowanym przez jednostkę, wyborze sytuacji i podejmowanych działań oraz spadku efektywności lub kosztach psychofizjologicznych, których jednostka doświadcza, gdy ta funkcja zawodzi – a ma to miejsce przede wszystkim w sytuacjach ekstremalnych.

Odwołując się do dwóch hipotetycznych wymiarów, a mianowicie możliwości przetwarzania stymulacji przez jednostkę i efektywności regulacji stymulacji, Zawadzki i

Strelau (1997, 2003) przedstawili propozycję klasyfikacji możliwych profili sześciu cech temperamentu w terminach czterech podstawowych struktur, a więc: struktury odpornej, nieodpornej, przestymulowanej i niedostymulowanej.

W przypadku struktury odpornej, charakteryzującej się dużą możliwością przetwarzania stymulacji i efektywną regulacją pobudzenia - osoby wykazują wysoką wytrzymałość, aktywność i żwawość, także wysoką wrażliwość sensoryczną, przy niskiej reaktywności emocjonalnej i perseweratywności. Natomiast struktura nieodporna, charakteryzująca się małą możliwością przetwarzania stymulacji i efektywną regulacją stymulacji jest konfiguracją cech takich jak: niska wytrzymałość, aktywność i żwawość oraz niska wrażliwość sensoryczna, przy wysokiej reaktywności emocjonalnej i perseweratywności – co jest niejako odwrotnością struktury wcześniej opisanej.

Duże możliwości przetwarzania stymulacji i nieefektywna regulacja stymulacji charakteryzują osoby o strukturze niedostymulowanej, czyli takie, które wykazują wysoką wytrzymałość oraz niską aktywność, żwawość, wrażliwość sensoryczną, reaktywność emocjonalną i perseweratywność. Z kolei małe możliwości przetwarzania stymulacji i nieefektywną regulację stymulacji wykazują osoby o strukturze przestymulowanej, czyli takie, które wykazują niską wytrzymałość oraz wysoką aktywność, żwawość, wrażliwość sensoryczną, reaktywność emocjonalną i perseweratywność.

W swoich badaniach Zawadzki i Strelau (2003) wykazali, iż układy cech, które określili jako struktury temperamentu, mogą zostać wyodrębnione podczas analiz empirycznych. Co prawda wymaga to dodatkowych analiz, które uzupełniają diagnozę profilową cech, ale proponowana klasyfikacja zyskała potwierdzenie i może być uznana za zasadniczo trafną. Dotyczy to przede wszystkim takich struktur temperamentu jak: struktura odporna i nieodporna oraz przestymulowana. Ostatnia struktura – niedostymulowana, wprawdzie ujawniła się również w badaniach autorów, ale jest mniej z natury swojej wyrazista psychologicznie i zdaje się nie być tak fundamentalna jak trzy pozostałe (Zawadzki, Strelau, 2003).

Na podstawie przedstawionej przez nich charakterystyki można przewidywać, że układ cech opisany jako struktura przestymulowana, której istotnym aspektem jest nieefektywna regulacja stymulacji, obniżona kontrola oraz skłonność do dostarczania sobie silnego pobudzenia, będzie się wiązać z większą gotowością do zachowań ryzykownych. Natomiast struktura nieodporna, ze względu na małą możliwość przetwarzania stymulacji i

niechęć do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej powinna z kolei sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym. Ze względu na uwzględnienie w pracy zarówno zachowań prozdrowotnych jak i ryzykownych zdecydowano się na przyjęcie modelu Strelaua jako teoretycznej podstawy badań, chociaż w przypadku samych zachowań ryzykownych użyteczny mógłby być również model Zuckermana.<sup>1</sup>

#### **4.6. Przekonania dotyczące stymulującej wartości zachowań ryzykownych (stymulacyjna wartość zachowań ryzykownych) i percepcja ryzyka**

Dokonując analizy wyników badań przytoczonych w poprzednich rozdziałach oraz innych prawidłowości sformułowanych w podsumowaniu badań przeprowadzonym przez Zaleśkiewicza (2005, 2006) można zauważyć, iż spora część zachowań ryzykownych podejmowanych przez dorastających to zachowania poszukujące stymulacji i nastawione na doznawania silnego pobudzenia.

Zachowania te, często dookreślane jako zachowania brawurowe lub lekkomyślne (Arnett, 1992, 1996), są wzajemnie powiązane, co pokazała analiza strukturalna zastosowana w badaniach Cooper, Wood, Orcutt, Albino (2003). Dodatkowo wyodrębnili oni czynnik wyższego rzędu opisujący ryzykowne zachowania podejmowane w sposób lekkomyślny. Przykładem może być jednostka, która podejmuje ryzykowne zachowania typu stosowanie substancji niedozwolonych, ze sporym prawdopodobieństwem będzie ona podejmowała również zachowania przestępcze czy ryzykowne kontakty seksualne.

Same zachowania brawurowe nieco się różnią od samego podejmowania ryzyka (Arnett, 1992). Rozróżnienie skupia się na kalkulacji szans i wielkości wyników. Według Arnetta (1992) zachowania brawurowe są wyzbyte z kalkulacji, pomimo, iż często konsekwencje takich zachowań są poważne, natomiast w samo podejmowanie ryzyka niejako wpisana jest kalkulacja dalszych wydarzeń.

Ze względu na stosunkowo częste podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież w badaniach analizowano uwarunkowania i powody ich podejmowania.

---

<sup>1</sup> Niestety nie ma polskiej wersji narzędzia badawczego Zuckermana, zadowalającego pod względem psychometrycznym

Najczęściej wskazywana jest potrzeba wrażeń, przeżywania mocnych doznań, ekscytacja i chęć przeżycia krańcowych emocji. Tak więc podejmowanie zachowań ryzykownych w wielu przypadkach jest metodą dostarczenia sobie pozytywnych i mocnych wrażeń oraz poszukiwania stymulacji. Ponieważ potrzeba stymulacji jest traktowana jako trwała właściwość jednostki w wielu badaniach szukano związków pomiędzy osobowością a podejmowaniem zachowań ryzykownych.

Zuckerman (1984, 1994) to autor teorii, która bezpośrednio odnosi się do podejmowania ryzyka, opisywanej już poprzednim podrozdziałem. Początkowo same badania dotyczyły potrzeby przeżywania wrażeń, poszukiwano wyznaczników różnic indywidualnych w zachowaniu podczas deprywacji sensorycznej. Później uznano, iż można zastąpić optymalny poziom pobudzenia sformułowaniem optymalny poziom stymulacji, a także dokonywano porównania poszukiwania wrażeń z taką cechą osobowości jak ekstrawersja, stawiając hipotezę, iż poziom pobudzenia u osób cechujących się tą cechą jest permanentnie zaniżony (Zuckerman, 1984). Jednak kolejne eksperymenty wskazały, iż poszukiwanie wrażeń u osób stosujących substancje odurzające, które mając nasilone poszukiwanie doznań (diagnozowane na podstawie kwestionariusza), wiąże się ze stosowaniem zarówno narkotyków podnoszących poziom pobudzenia jak i tych obniżających go. Wnioski z kolejnego eksperymentu Carrol, Zuckerman, Vogel (1982) wskazały, iż osoby poszukujące wrażeń podejmują zachowania ryzykowne z pobudek hedonistycznych, potrzeby przeżycia ekscytacji, dokonania czegoś niezwykłego i niecodziennego, natomiast nie z powodów niskiego progu pobudzenia.

Inne badania pokazały silne korelacje między poszukiwaniem doznań a poszukiwaniem nowości (Pearson, 1970), poszukiwaniem zmian (Garlington, Shimota, 1964, za: Zaleśkiewicz, 2005), poszukiwaniem stymulacji, tendencją do poszukiwania pobudzenia (Zuckerman, 1994). Stwierdzono także pozytywne korelacje z ekstrawersją, psychotyzmem, otwartością na doświadczenie, agresywnością, impulsywnością, unikaniem monotonii (Zaleśkiewicz, 2005). Negatywne korelacje wykazano z sumiennością, ugodowością, konserwatyzmem oraz potrzebą tworzenia struktur poznawczych (Zaleśkiewicz, 2005; Zuckerman, 1994).

Wyniki badań przytoczone przez Zuckermana (1994) wskazują również, iż osoby w wieku młodszym w porównaniu do osób w wieku starszym cechują się wyższym poziomem poszukiwania wrażeń.



W związku z opisanymi powyżej rezultatami badań wysnuto przypuszczenie, iż osoby charakteryzujące się wysoką potrzebą stymulacji w porównaniu do osób z niższą taką potrzebą mogą oceniać zachowania ryzykowne jako mniej groźne oraz będą częściej podejmować ryzyko. Ze względu na fakt, że będą oni postrzegać otoczenie jako mniej zagrażające (niż osoby z niską potrzebą doznań) będą częściej podejmować zachowania ryzykowne (Solomon, Ginzburg, Neria, Ohry, 1995). Rosenbloom (2003) sprawdzał to założenie w badaniu, podczas którego dokonywano pomiaru częstości podejmowania zachowań ryzykownych oraz poziom zapotrzebowania na stymulację. Dodatkowo zadaniem osób biorących w nim udział było ocenienie stopnia ryzykowności tych zachowań. Okazało się, iż osoby, które mają silną potrzebę stymulacji spostrzegają ryzyko jako niewielkie i mają większą skłonność do jego podejmowania. Część druga badania, w której dokonano podziału ze względu na poziom potrzeby stymulacji – na osoby o niskim i wysokim poziomie - pokazała, że osoby poszukujące doznań otrzymują wyższe wyniki w skali podejmowania zachowań ryzykownych, natomiast osoby, które unikają silnych doznań mają wyższe wyniki w skali oceny ryzykowności tych działań (Rosenbloom, 2003).

Badania Cohn, Macfarlane, Imai i Yanez (1995) wykazały, iż osoby dorosłe spostrzegają zagrożenie wynikające z podejmowania ryzyka jako większe w porównaniu do osób w wieku nastoletnim. Takie rezultaty otrzymali przedstawiając osobom badanym listę ryzykownych działań, które mieli ocenić na pięciostopniowej skali (wyróżniono trzy rodzaje częstości angażowanie się w te zachowania: rzadkie, od czasu do czasu i częste angażowanie się). Badania wskazały, że ocena zagrożenia jest skorelowana z częstością podejmowania działań ryzykownych u osób w wieku młodzieńczym i dorosłym. Podejmując częściej zachowania niosące ryzyko, częściej jest się narażonym na ewentualne niepożądane konsekwencje. Osoby dorosłe spostrzegały ryzyko jako większe w porównaniu z osobami młodszymi, co według autorów badania (por. również Zaleśkiewicz, 2005) pozwala na wysnucie wniosku, iż w czasie rozwoju człowieka jego stosunek do zachowań ryzykownych zmienia się. Dorastający jest nastawiony na odnalezienie dużej stymulacji i ekscytacji w ryzykownych działaniach. Niedostrzeganie możliwych negatywnych konsekwencji najprawdopodobniej wynika z niewielkiego doświadczenia lub też tak mocnego nastawienia na pozytywne rezultaty, które powoduje nie zauważanie znaczenia oceny negatywnych konsekwencji. Sytuacje życiowe, które są ryzykowne mogą czasem skłaniać jednostkę do zmiany przekonania o tym, że ryzykowne

zachowania dostarczają jedynie przyjemności, a mogą stanowić zagrożenie. Kolejna interpretacja skupia się na założeniu, że podejmowanie zachowań ryzykownych przez młodzież wynika z ich potrzeby dostarczenia sobie mocnych wrażeń. Samo to, że osoby w wieku od 16 do 19 r. ż. uzyskują wyższe wyniki w zakresie potrzeby stymulacji (dziewczęta i chłopcy) niż choćby osoby w wieku od 20 do 29 r. ż. oraz wśród kolejnych grup wiekowych świadczy, że potrzeba stymulacji zmniejsza się wraz z wiekiem (Zuckerman, 1994).

Dokonywanie pozytywnych emocjonalnych ocen podejmowanego ryzyka testowano w badaniu Slovic, MacGregora i Peters (1998), w którym młodzi ludzie w wieku od 14 do 21 r. ż. wypełniali ankietę i wypisywali swobodne skojarzenia dotyczące wymienionych zachowań ryzykownych. Z badań tych wynika, iż podejmowanie zachowań ryzykownych w pewnym stopniu zależy od odczuwania przez nich przyjemności, a w mniejszym stopniu od negatywnego obrazu ryzyka w ich umysłach. Spostrzeganie ryzyka zależy bardziej od pozytywnego afektu niż od negatywnego afektu. Z kolei Crone, Vendel i Molen (2003) stwierdzili, że dorastający nastawieni na przyjemność doświadczaną podczas angażowania się w ryzykowne działania są wrażliwi na natychmiastowe nagrody.

Z przedstawionych analiz wynika, że podstawowym, najważniejszym motywem podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież jest poszukiwanie wrażeń, chęć dostarczenia sobie silnej stymulacji, połączone z obniżoną oceną ryzyka. Dlatego też w opisach pojawiają się takie zachowania, jak używanie środków psychoaktywnych, brawura czy ryzykowne kontakty seksualne.

## **Rozdział 5**

### **Problem i metoda badań własnych**

#### **5.1. Cel badań, pytania i hipotezy badawcze**

Celem badań realizowanych w ramach niniejszej rozprawy było ustalenie znaczenia czynników poznawczych i temperamentalnych dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u młodzieży u progu dorosłości. W związku z tym konieczne stało się zbadanie częstości występowania tego rodzaju zachowań, jak również opisanie koncepcji zdrowia u młodzieży, pokazanie jej możliwego zróżnicowania, ulokowania zdrowia pośród innych wartości, jak również ustalenie atrybutów i kryteriów jakie badani przypisują zdrowiu. W ocenie czynników istotnych dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, obok wyznaczników temperamentalnych, brano pod uwagę wyznaczniki poznawcze: oczekiwania dotyczące zachowań (ocena wartości stymulacyjnej zachowań ryzykownych oraz wartości zdrowotnej zachowań prozdrowotnych), posiadaną koncepcję zdrowia, poczucie własnej skuteczności oraz, w charakterze zmiennej pośredniczącej, subiektywną percepcję własnego zdrowia.

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest częstość występowania poszczególnych zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u badanej młodzieży?
2. Jakie są oczekiwania młodzieży odnośnie do podejmowanych zachowań prozdrowotnych i ryzykownych?
3. Czy istnieje związek pomiędzy oczekiwaniami młodzieży odnośnie do podejmowanych zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a podejmowaniem takich zachowań?
4. Jak przedstawia się koncepcja zdrowia u młodzieży oraz czy, i w jakim zakresie, jest ona zróżnicowana?

5. Czy istnieje związek pomiędzy występowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a posiadaną koncepcją zdrowia i jaki jest charakter tego związku?
6. Czy istnieje związek pomiędzy oczekiwaniami młodzieży odnośnie do zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a posiadaną koncepcją zdrowia i jaki jest charakter tego związku?
7. Czy istnieje związek pomiędzy temperamentem a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych i jaki jest charakter tego związku?
8. Czy istnieje związek pomiędzy temperamentem a oczekiwaniami młodzieży odnośnie do zachowań prozdrowotnych i ryzykownych i jaki jest charakter tego związku?
9. Jaka jest funkcja poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do częstości podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych?
10. Jaka jest funkcja subiektywnej percepcji zdrowia w odniesieniu do częstości podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych oraz oczekiwań względem tych zachowań?
11. Czy i w jaki sposób subiektywna percepcja zdrowia wiąże się z koncepcją zdrowia, jaką posiada młodzież?

#### Hipotezy:

Ze względu na eksploracyjny charakter części planowanych badań w zakresie dotyczącym koncepcji zdrowia oraz występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, sformułowano hipotezy tylko w odniesieniu do mechanizmu podejmowania zachowań, na podstawie teoretycznego modelu Schwarzera, w zakresie korelatów poznawczych, oraz Strelaua w odniesieniu do wyznaczników temperamentalnych.

1. U osób cechujących się nieodporną strukturą temperamentu występuje większe niż u innych nasilenie zachowań prozdrowotnych.

Zgodnie z tezami regulacyjnej teorii temperamentu (Strelau, 2002) oraz koncepcją struktur temperamentu (Strelau, Zawadzki, 1997, 2003), można przewidywać, że osoby charakteryzujące się małą możliwością przetwarzania stymulacji i efektywną regulacją

stymulacji, czyli osoby o takiej konfiguracji cech jak: niska wytrzymałość, aktywność i żwawość oraz niska wrażliwość sensoryczna, przy wysokiej reaktywności emocjonalnej i perseweratywności, co charakteryzuje strukturę nieodporną, będą częściej podejmowały zachowania sprzyjające zdrowiu. Według Strelaua i Zawadzkiego (2003) są to osoby o nadmiernej kontroli, takie, które intensywnie emocjonalnie reagują na bodźce emocjonalne, cechuje je duża wrażliwość emocjonalna i mała odporność emocjonalna oraz lubią kontynuować i powtarzać dane zachowanie nawet po zaprzestaniu działania bodźca wywołującego to zachowanie. Przy niechęci do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej lub zachowań prowadzących do osiągnięcia silnej stymulacji zewnętrznej (niska aktywność), oraz słabej zdolności do reagowania na bodźce sensoryczne o niskiej wartości stymulacyjnej (niska wrażliwość sensoryczna), jednostki te źle się czują i nieadekwatnie reagują na sytuacje wymagające długotrwałego lub bardzo stymulującego działania w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej oraz wolno reagują, nie wytrzymują dużego tempa wykonywanych czynności i słabo dostosowują zmianę zachowania do warunków zewnętrznych. Są to osoby wrażliwe, ograniczające zachowania naładowane i nastawione na rozładowanie pobudzenia, co może je skłaniać do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu, i do unikania działań naruszających zasoby i niszczących potencjał zdrowotny.

2. U osób cechujących się przestymulowaną strukturą temperamentu występuje większe niż u innych nasilenie zachowań ryzykownych.

Regulacyjna teoria temperamentu Strelaua (2002) oraz koncepcja struktur temperamentu zaproponowana przez Strelaua i Zawadzkiego (1997, 2003) wskazują, że osoby charakteryzujące się przestymulowaną strukturą temperamentu, czyli takie, które wykazują niską wytrzymałość oraz wysoką aktywność, żwawość, wrażliwość sensoryczną, reaktywność emocjonalną i perseweratywność, co przekłada się na małe możliwości przetwarzania stymulacji i nieefektywną regulację stymulacji, będą w większym stopniu podejmowały zachowania ryzykowne. Według Zawadzkiego i Strelaua (2003) osoby o strukturze przestymulowanej to typ o obniżonej kontroli. Zachowania ryzykowne, rozumiane są jako zachowania, które pociągają negatywne skutki, ale jednocześnie są zrównoważone przez postrzeganie pozytywnych konsekwencji ich podejmowania (Moore, Gullone, 1996). Dodatkowo badania wskazują, iż zachowania ryzykowne są skorelowane z potrzebą stymulacji, a jednym z czynników łączących podejmowanie zachowań

ryzykownych jest poszukiwanie wrażeń i doznań (por. Zaleśkiewicz, 2005). Może to skłaniać osoby cechujące się przestymulowaną strukturą temperamentu do podejmowania działań o dużej wartości stymulacyjnej lub zachowań prowadzących do osiągnięcia silnej stymulacji zewnętrznej. Są to osoby, którym trudno jest adekwatnie reagować na sytuacje wymagające długotrwałego działania w warunkach silnej stymulacji zewnętrznej, ale za to mają tendencję do szybkiego reagowania, wytrzymywania dużego tempa wykonywanych czynności i łatwej zmiany zachowania adekwatnie do warunków zewnętrznych. Osoby te mają także tendencję do trwania i powtarzania danego zachowania po zaprzestaniu działania bodźca, wywołującego to zachowanie. Intensywnie emocjonalnie reagują na bodźce emocjonalne, wyraża się to w dużej wrażliwości emocjonalnej i małej odporności emocjonalnej, przy czym reagują na bodźce sensoryczne o niskiej wartości stymulacyjnej. Podejmowanie przez te osoby zachowań ryzykownych może się także wiązać z zaspokajaniem ważnych potrzeb jednostki, często też może to być wynik radzenia sobie z trudnościami życia codziennego (Jessor, Jessor, 1977). Podsumowując są to osoby, które dostarczają sobie zbyt dużo pobudzenia i szukają zbyt dużo sytuacji stymulujących, a co za tym idzie sytuacji także ryzykownych (dostrzegając pozytywne konsekwencje tychże zachowań) w stosunku do swoich możliwości.

3. Częstotliwość występowania zachowań prozdrowotnych wiąże się z nasileniem poczucia własnej skuteczności – im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym większa częstotliwość zachowań prozdrowotnych.

Jak wskazują wyniki badań poczucie własnej skuteczności to jeden z najważniejszych wyznaczników zachowań prozdrowotnych (np. Juczyński, 1998, Schwarzer, 1992, Schwarzer, Fuchs, 1996). Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności to przekonanie, że jest się zdolnym do podejmowania skutecznych działań w obszarze zachowań promujących zdrowie. Osoby z silnym poczuciem skuteczności są bardziej wytrwałe, efektywne w działaniu (Juczyński, 2001), w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych, zmianie nawyków oraz trwałości tych zmian (Heszen, Sęk, 2007). Własna skuteczność dotyczy każdego działania związanego z aktywnością fizyczną, zdrową dietą, zachowaniami profilaktycznymi itp.

4. Częstotliwość występowania zachowań prozdrowotnych wiąże się pozytywnie z wyższą oceną zdrowotności zachowań.

Główną tezę modelu HAPA wyjaśniającego podejmowanie zachowań prozdrowotnych (Łuszczyńska, Schwarzer, 2003; Schwarzer, 1990) jest, że zależy ono od przekonania o pozytywnych zmianach w wyniku działania prozdrowotnego. Oczekiwanie pozytywnych zmian silnie wyznacza intencje. Liczne badania wskazują, że pozytywne oczekiwania dotyczące efektów działania są istotnym czynnikiem podjęcia tego działania – w przypadku czynności detekcyjnych (Łuszczyńska, 2004), dotyczących rezultatów aktywności fizycznej (Steinhardt, Dishman, 1989; Whaley, 2003) czy też stosowania odpowiedniej diety (Renner, Knoll, Schwarzer, 2000).

5. Częstotliwość występowania zachowań ryzykownych wiąże się z nasileniem poczucia własnej skuteczności – im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym większa częstotliwość zachowań ryzykownych.

Poczucie własnej skuteczności, oddziałując na zachowanie, wpływa na emocje doświadczane przez dorastającego (Bandura, 1997, 2001; Bandura, Barbaranelli, Caprara, Pastorelli, 2002; DeVellis, DeVellis, 2000; Maddux, Lewis, 1995). Wyższe, a co za tym idzie optymistyczne przekonanie o własnej skuteczności związane jest z doświadczaniem częściej emocji pozytywnych oraz z przekonaniem o możliwości kontrolowania otoczenia. Można zatem oczekiwać, że w przypadku tych zachowań ryzykownych, w których jednostce wydaje się, że jest głównym sprawcą działań, wysoka własna skuteczność będzie sprzyjać ich podejmowaniu.

6. Częstotliwość zachowań ryzykownych wiąże się pozytywnie z wyższą oceną stymulującej wartości zachowań.

Poznawcze teorie wyjaśniające mechanizmy podejmowania zachowań prozdrowotnych (Schwarzer, 1990) wskazują, że pozytywne przekonania o zdrowotnej wartości określonych zachowań sprzyjają ich podejmowaniu. Jeżeli przyjąć ogólniejszą interpretację koncepcji poznawczych, można powiedzieć, że pozytywne przekonanie o określonych formach aktywności sprzyja ich podejmowaniu. Zatem uzasadnione jest oczekiwanie, że im bardziej dane zachowanie będzie oceniane jako stymulujące, ekscytujące, tym większa będzie gotowość do jego podejmowania. Zdaniem Moore,

Gullone (1996) w ocenie zachowań ryzykownych negatywne konsekwencje są zrównoważone poprzez dostrzeganie ich pozytywnych efektów. Zdaniem autorek dorastający skupiają się głównie na przekonaniach i motywach związanych z dostarczaniem sobie przyjemności, stymulacji i doznań.

7. Oczekiwania odnośnie do zachowań prozdrowotnych i ryzykownych pełnią rolę pośredniczącą pomiędzy podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a koncepcją zdrowia i wyznacznikami temperamentalnymi.

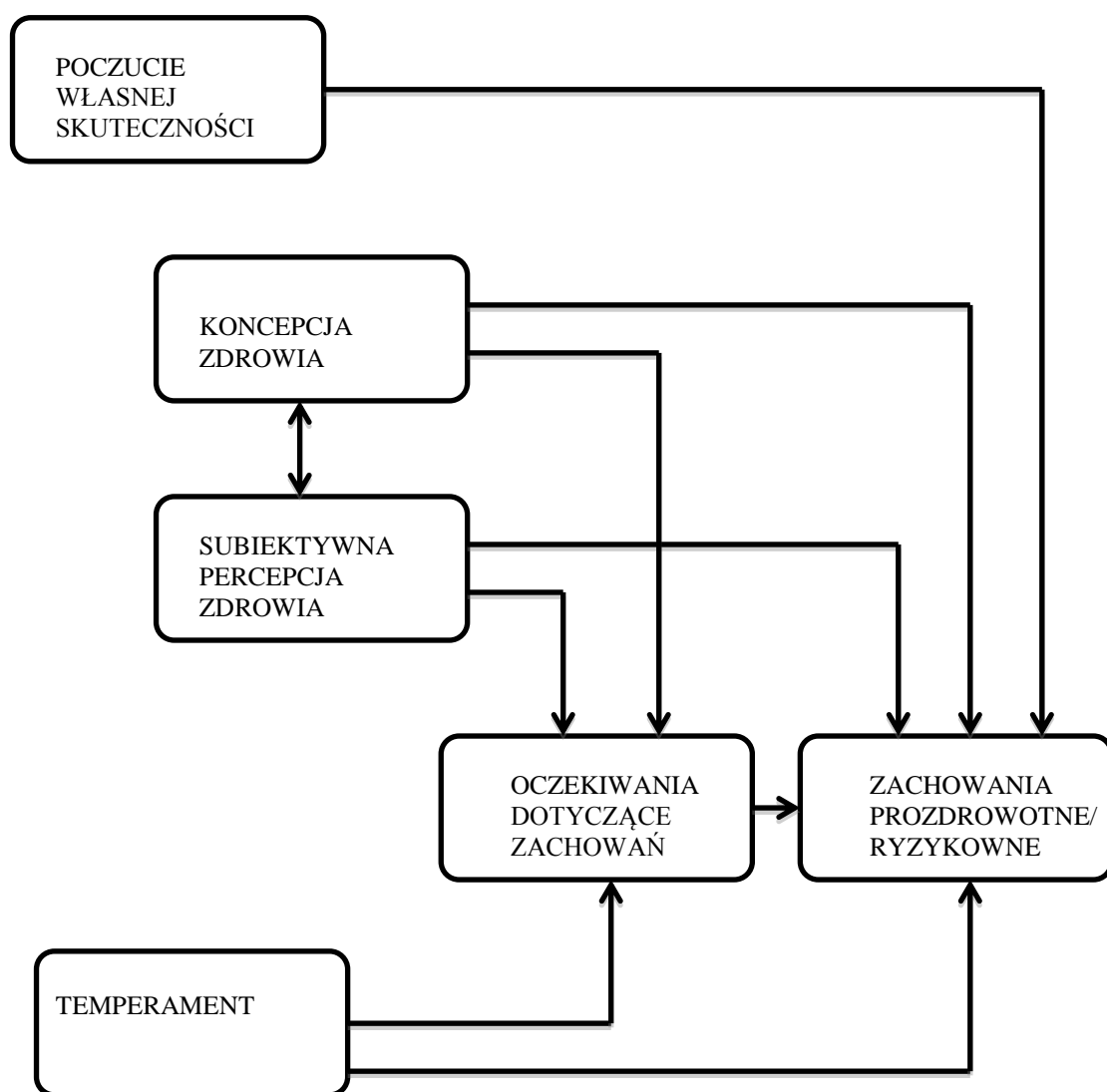
Zdaniem Schwarzera (1997) przekonania dotyczące zdrowia i jego uwarunkowań wywierają wpływ na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. Z drugiej strony teorie temperamentu (Strelau, 2002; Zuckerman, 1979, 1994) uznają niektóre cechy temperamentu, takie jak na przykład poszukiwanie doznań czy aktywność, za sprzyjające podejmowaniu zachowań ryzykownych. Przyjęcie ogólniejszej interpretacji poznawczej teorii wyjaśniającej podejmowanie zachowań prozdrowotnych, wspomnianej w uzasadnieniu hipotezy 4, pozwala na przewidywanie, że pozytywne przekonania dotyczące określonych zachowań pośredniczą pomiędzy poznawczymi i temperamentalnymi wyznacznikami zachowań i ich podejmowaniem. Sformułowanie hipotezy 7 opiera się zatem na połączeniu dwóch nurtów badań, dotyczących poznawczych wyznaczników zachowań prozdrowotnych oraz temperamentalnych wyznaczników zachowań ryzykownych, oraz przyjęciu ogólniejszej interpretacji poznawczych teorii, wspomnianych wyżej. Zgodnie z hipotezą 7 weryfikowany będzie jeden model wyjaśniający podejmowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, uwzględniający uwarunkowania poznawcze i temperamentalne oraz przekonania dotyczące zachowań.

Ze względu na to, że w badaniach będących przedmiotem niniejszej pracy skoncentrowano się na relacjonowanych przez osoby badane już podejmowanych zachowaniach prozdrowotnych i ryzykownych, niemożliwe było wyodrębnienie i pomiar wyróżnionej przez Schwarzera fazy intencji i planowania, zatem te elementy modelu nie zostały uwzględnione. Ocena własnej skuteczności w zakresie podejmowania zachowań będzie ujęta za pomocą pojęcia uogólnionego poczucia własnej skuteczności. Z kolei zawarta w modelu ocena ryzyka zachorowania będzie zastąpiona subiektywną percepcją własnego zdrowia, która w przypadku osób bardzo młodych powinna odgrywać większą



rolę jako wyznacznik zachowań prozdrowotnych i ryzykownych niż ocena szansy zachorowania w bardzo odległej przyszłości. Uczniowie prawdopodobnie w ogóle się jeszcze nad tym nie zastanawiają. Rozszerzeniem modelu będzie natomiast uwzględnienie posiadanej ogólnej koncepcji zdrowia, jako jednego z uwarunkowań badanych zachowań, jak również uwzględnienie czynników temperamentalnych.

Graficzną ilustrację ogólnego modelu badawczego ilustrującego poznawcze i temperamentalne uwarunkowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u młodzieży przedstawiono poniżej (rys. 5.1).



Rys.5.1. Mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych – czynniki poznawcze i temperamentalne – ogólny model zależności.

## **5.2. Zmienne i ich operacjonalizacja**

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie
Nasilenie zachowań prozdrowotnych	Suma ocen w kwestionariuszu zachowań prozdrowotnych, w ramach poszczególnych czynników	Kwestionariusz (opracowanie własne)
Nasilenie zachowań ryzykownych	Suma ocen w kwestionariuszu zachowań ryzykownych, w ramach poszczególnych czynników	Kwestionariusz ARQ (Gullone i in., 2000) w polskiej adaptacji własnej
Ocena wartości stymulującej podejmowanych zachowań ryzykownych	Suma ocen w kwestionariuszu zachowań ryzykownych, w ramach poszczególnych czynników	Kwestionariusz ARQ (Gullone i in., 2000) w polskiej adaptacji własnej
Ocena wartości zdrowotnej podejmowanych zachowań prozdrowotnych	Suma ocen w kwestionariuszu zachowań prozdrowotnych, w ramach poszczególnych czynników	Kwestionariusz (opracowanie własne)
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności	Kwestionariusz GSES Schwarzera (Juczyński, 2001)
Koncepcja zdrowia	Kryteria przypisywane zdrowiu  Atrybuty zdrowia  Lokowanie zdrowia pośród innych wartości	Skala LKZ (Juczyński, 2001)  Skala ocen (opracowanie własne)  Skala LWO (Juczyński, 2001)
Subiektywna percepcja zdrowia	Wynik na skalach: optymizm, kondycja psychiczna, witalność, wrażliwość na innych, codzienne obowiązki	Kwestionariusz Percepcji Zdrowia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009)
Temperament	Wynik na skali: zwawość, perseweracja, wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna, wytrzymałość, aktywność	Kwestionariusz FCZ - KRTT (Strelau i Zawadzki, 1993, 1997)

### **5.3. Narzędzia badawcze**

Pomiar nasilenia zachowań prozdrowotnych – skala do oceny występowania zachowań prozdrowotnych (por. aneks nr 2). Skala zawiera listę 25 form zachowań prozdrowotnych. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczyć na 5-stopniowej skali typu Likerta jak często podejmuje te zachowania (nigdy, bardzo rzadko, czasami, często, bardzo często).

Listę zachowań stworzono na podstawie odpowiedzi grupy młodzieży, 132 osób, 83 kobiet i 49 mężczyzn w wieku 17 – 19 lat, uczestników warsztatów w ramach treningu profilaktycznego, którą poproszono o wymienienie zachowań, które ich zdaniem sprzyjają zdrowiu. Wszystkie wymienione formy zachowania, po wyeliminowaniu powtarzających się, zostały uwzględnione w kwestionariuszu.

Pomiar oceny wartości prozdrowotnej zachowań zdrowotnych (por. aneks nr 2) – kwestionariusz opracowany dla potrzeb badania, zawierający listę tych samych zachowań, co kwestionariusz mierzący występowanie zachowań prozdrowotnych, ale zawierający ocenę wartości prozdrowotnej zachowań, a nie częstości ich występowania. Osoba badana zaznacza na 5-stopniowej skali typu Likerta stopień, w jakim są one sprzyjające zdrowiu (w ogóle nie sprzyjające zdrowiu, w niewielkim stopniu sprzyjające zdrowiu, w umiarkowanym stopniu sprzyjające zdrowiu, w dość dużym stopniu sprzyjające zdrowiu, bardzo sprzyjające zdrowiu).

Pomiar częstości występowania zachowań ryzykownych - skala do oceny występowania zachowań ryzykownych (por. aneks nr 2). Skala zawiera listę 31 zachowań ryzykownych. Osoba badana zaznacza na 5-stopniowej skali typu Likerta jak często podejmuje takie zachowania (nigdy, bardzo rzadko, czasami, często, bardzo często).

Narzędzie opracowano na podstawie skali ARQ (The Adolescent Risk-Taking Questionnaire, Gullonne, Moore, Moss, Boyd, 2000). Po przetłumaczeniu skali z oryginalnej listy usunięto zachowania, które nie pojawiają się w naszych warunkach kulturowych (np. roller blading, flying in a plane), a dodano zachowania wymieniane przez

polską młodzież jako ryzykowne. Lista dodatkowych form zachowania została sporządzona w oparciu o wypowiedzi opisanej wcześniej grupy młodzieży, którą poproszono o wymienienie zachowań, które uważają za ryzykowne. Dodano wszystkie wymienione formy zachowań ryzykownych, które nie wchodziły w skład oryginalnej skali.

Pomiar oceny wartości stymulującej podejmowanych zachowań ryzykownych – skala oceny stymulacyjnej wartości zachowań (por. aneks nr 2). Skala zawiera 31 listę zachowań ryzykownych, takich samych jak w przypadku oceny częstości podejmowania tychże zachowań. Różnica polega na tym, iż osoba badana zaznacza na 5-stopniowej skali typu Likerta stopień, w jakim zachowania takie są stymulujące, ekscytujące, dostarczające mocnych wrażeń (w ogóle nie ekscytujące, w niewielkim stopniu ekscytujące, w umiarkowanym stopniu ekscytujące, w dość dużym stopniu ekscytujące, bardzo ekscytujące). Skalę opracowano opierając się na drugiej części skali ARQ.

Pomiar uogólnionego poczucia własnej skuteczności – kwestionariusz GSES Schwarzera w polskiej adaptacji Juczyńskiego (2001). Skala uogólnionej własnej skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale – GSES) (Schwarzer, 1993) to narzędzie zawierające 10 itemów, wchodzących w skład jednego czynnika. Badania można przeprowadzać indywidualnie bądź zbiorowo. Osoba badana na każde stwierdzenie ma do wyboru cztery odpowiedzi: nie, raczej nie, raczej tak, tak.

Skala mierzy „siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami” (Juczyński, 2001, s. 97). Skala ma zadawalające współczynniki rzetelności (alfa Cronbacha 0,85) oraz wykazuje dobrą trafność teoretyczną (Juczyński, 2001).

Pomiar kryteriów przypisywanych zdrowiu – skala LKZ (Juczyński, 2001). Lista Kryteriów Zdrowia LKZ to lista 24 stwierdzeń dotyczących ważnych wymiarów zdrowia: zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Lista ta może zostać uzupełniona przez badanego o dodatkowe kryteria. Osoba badana wskazuje, które z poddanych stwierdzeń są, jego zdaniem, ważne w ocenie zdrowia. Spośród wybranych stwierdzeń odznacza pięć

stwierzeń, które są najważniejsze, a następnie szereguje wybrane kryteria od najbardziej ważnego (przypisując mu 5 punktów) do najmniej ważnego (oceniając go 1 punktem). Wyniki uzyskane przez Juczyńskiego (2001) wskazują, że skala ma zadowalające właściwości psychometryczne – rzetelność mierzona metodą test – retest wynosi 0,68. Autor skali przytoczył również dane wskazujące na dobrą trafność w sensie odpowiedniości treściowej. LKZ stosowana jest dla młodzieży i osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Badanie trwa około 10 minut.

#### Pomiar lokowania zdrowia pośród innych wartości – skala LWO (Juczyński, 2001).

Lista wartości osobistych LWO składa się z dwóch części. Pierwsza część zawiera opis 9 symboli szczęścia, które wyrażają różnorodne formy aktualizacji wartości ludzkich. Druga część zawiera 10 kategorii osobistych wśród których znajduje się dobre zdrowie, rozumiane jako sprawność fizyczna i psychiczna.

Badanie ma na celu ocenę znaczenia przypisywanego różnym wartościom, w tym również zdrowiu. Osiąganie ważnych dla siebie wartości utożsamiane jest z pełnym, trwałym i uzasadnionym zadowoleniem z życia.

Spośród dziewięciu symboli szczęścia badany wybiera pięć najważniejszych dla siebie. Następnie wybranym przez siebie symbolom przypisuje punkty: 5 punktów – dla symbolu najważniejszego, 1 punkt – dla najmniej ważnego. Taka sama zasada obowiązuje w odniesieniu do 10 wartości osobistych.

Współczynniki rzetelności skali LWO (test – retest) mieszczą się w zakresie 0,68 – 0,78 w różnych grupach badanych (Juczyński, 2001). Wskaźnikiem trafności może być współczynnik korelacji skali ze Skalą Wartości Zdrowia (Lau i in., 1986) wynoszący 0,74 (Juczyński, 2001). Czas badania wynosi około 10 minut. LWO przeznaczona jest zarówno dla dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Pomiar atrybutów zdrowia – skala ocen oparta na metodzie dyferencjału semantycznego Osgooda (por. aneks nr 2). Skala własnego autorstwa opracowana na potrzeby badań. Osoba badana ma za zadanie opisać zdrowie wybierając liczbę od 1 do 7 znajdującą się na skali pomiędzy parami przeciwstawnych określeń (np. trwałe –

nietrwale). Wybór liczby 1 oznaczał przypisanie zdrowiu w pełni określenia z lewej strony, wybór 7 analogicznie określenia z prawej, a wybór pozostałych liczb oznaczał, że dane określenie opisuje zdrowie w odpowiednio mniejszym stopniu. Wybór 4 oznaczał, że żadne z danej pary określeń nie opisuje zdrowia.

Poszczególne określenia na skali (atrybuty zdrowia) wybrano na podstawie odpowiedzi wcześniej opisaney grupy młodzieży, 132 osób, 83 kobiet i 49 mężczyzn w wieku 17 – 19 lat, uczestników warsztatów w ramach treningu profilaktycznego. Ich zadaniem było wymyślić jak najwięcej określeń mogących opisywać zdrowie. Tak zebraną listę poddano dyskusji grupowej i na podstawie konsensusu wyłoniono ostateczną listę par określeń.

Pomiar subiektywnej percepcji zdrowia – Kwestionariusz Percepcji Zdrowia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009).

Subiektywna ocena zdrowia rozumiana jako samoocena stanu zdrowia dokonywana przez jednostkę w kontekście codziennego życia na podstawie posiadanej wiedzy, własnych odczuć i osobistych doświadczeń dobrego życia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009). Kwestionariusz składa się z 25 twierdzeń i zawiera 5 podskal: pozytywne nastawienie ( optymizm, poczucie energii i siły, chęć do działania, przekonanie o powodzeniu woleńych działań), dyskomfort psychiczny ( odczuwanie przejawów stresu/ napięcia, wrogości wobec innych, zmęczenie i drażliwość), aktywność fizyczna (ćwiczenia fizyczne, odczuwanie przyjemności z wysiłku fizycznego, aktywne formy spędzania wolnego czasu, aktywny wypoczynek), wrażliwość na innych (otwartość na ludzi, gotowość do pomocy, wspieranie innych, czerpanie przyjemności z poświęcania czasu innym/działaniom na rzecz innych), sprawność działania (sprawne wykonanie codziennych zadań i obowiązków, przekonanie o skuteczności własnego działania/ skuteczna realizacja planów, osiągnięcie celów). Osoba badana wybiera w przypadku każdego twierdzenia jedną z odpowiedzi: zdecydowanie nie, nie, raczej nie, raczej tak, tak, zdecydowanie tak. Współczynniki rzetelności (alfa Cronbacha) dla poszczególnych skal mieszczą się w zakresie 0,79 – 0,86 (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009). Dane przytoczone przez autorów kwestionariusza wskazują również na zadowalającą trafność teoretyczną narzędzia.

Pomiar cech temperamentu - Kwestionariusz FCZ - KRTT (Strelau, Zawadzki, (1993, 1997). Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu – FCZ-KT to narzędzie autorstwa Zawadzkiego i Strelaua (1997), którego podstawę teoretyczną stanowi Regulacyjna Teoria Temperamentu. Kwestionariusz zawiera 120 pozycji, tworzących 6 skal mierzących poszczególne cechy temperamentu, a więc: zwawość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczną, reaktywność emocjonalną, wytrzymałość i aktywność. Poszczególne itemy mają postać zdań twierdzących, do których badany ustosunkowuje się, zakreślając odpowiedź „tak” lub „nie”. Za każdą odpowiedź diagnostyczną przyznaje się jeden punkt. Wysoki wynik oznacza duże natężenie cechy. Kwestionariusz cechuje wysoką rzetelność i trafność pomiaru (Zawadzki, Strelau, 1997). Przeznaczony jest dla osób w wieku 18 – 80 lat.

#### **5.4. Procedura**

Procedura rekrutacji osób do badań rozpoczęła się od wylosowania 13 klas z puli wszystkich klas trzecich liceów oraz liceów profilowanych i czwartych technikum z terenu miasta Krakowa. Losowanie przebiegało niezależnie w grupach poszczególnych rodzajów szkół. Po uwzględnieniu proporcji poszczególnych rodzajów szkół (31 liceum ogólnokształcące, 26 liceum profilowane i 25 technikum) wylosowano 5 klas liceum ogólnokształcącego, 4 klasy liceum profilowanego oraz 4 klasy technikum.

Badanie odbywało się w trakcie zajęć w szkole, podczas godziny wychowawczej. Osobom badanym tłumaczono, czego dotyczy badanie, kim jest osoba przeprowadzająca badanie, jaki jest cel przeprowadzanych badań, jaka jest procedura uzupełniania ankiety, a także zapewniano osoby badane, iż badanie jest anonimowe i jego wyniki będą wykorzystane jedynie do celów naukowych. Udział w badaniu nie wiązał się z jakąkolwiek formą gratyfikacji.

Badanie odbywało się w dwóch etapach. Pierwszy, w styczniu i lutym 2011 roku, w trakcie zajęć w szkole, podczas godziny wychowawczej. Drugi, w szkole, w trakcie zajęć, w marcu i kwietniu 2011 roku.

## Etap I

Przeprowadzenie badania następującymi narzędziami: skalą nasilenia zachowań prozdrowotnych, skalą częstości występowania zachowań ryzykownych - skala ARQ (The Adolescent Risk-Taking Questionnaire) (Gullonne, Moore, Moss, Boyd, 2000 w polskiej adaptacji własnej (zmodyfikowana wersja), cech temperamentu - Kwestionariusz FCZ - KRTT Strelau i Zawadzki (1993, 1997), kwestionariuszem uogólnionego poczucia własnej skuteczności – kwestionariusz GSES Schwarzera (Juczyński, 2001), skalą oceny wartości zdrowotnej podejmowanych zachowań prozdrowotnych, skalą oceny wartości stymulującej podejmowanych zachowań ryzykownych (Gullone i in., 2000) podczas godziny wychowawczej przez osobę przeprowadzającą badanie. Badani proszeni byli o zapoznanie się z instrukcją, a następnie zaznaczenie oceny znaczkiem x przy odpowiednim punkcie skali. Ogółem w tym etapie otrzymano 368 wypełnionych kwestionariuszy, odrzucono 23 ze względu na braki w odpowiedziach i w rezultacie otrzymano 345 prawidłowo i kompletnie wypełnionych kwestionariuszy.

## Etap II

Badanie zostało przeprowadzone po upływie mniej więcej 5 tygodni. Badani wypełniali kwestionariusze: skalę atrybutów zdrowia – skala ocen oparta na metodzie dyferencjału semantycznego Osgooda, skalę kryteriów przypisywanych zdrowiu – skala LKZ (Juczyński, 2001), skalę lokowania zdrowia pośród innych wartości – skala LWO (Juczyński, 2001) oraz skalę subiektywnej percepcji zdrowia – Kwestionariusz Percepcji Zdrowia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009). W drugim etapie otrzymano 293 kwestionariusze, 17 odrzucono ze względu na braki w odpowiedziach i w rezultacie otrzymano 276 prawidłowo i kompletnie wypełnionych kwestionariuszy.

### **5.5. Grupa badana**

Grupę badaną w I etapie stanowiło 345 uczniów liceum ogólnokształcącego w wieku 17 – 19 lat (średni wiek 18,5, odchylenie 0,58), liceum profilowanego oraz technikum. Po II etapie badań prawidłowo wypełnione kwestionariusze otrzymano od 276



osób w tym samym przedziale wieku (średni wiek 18,5, odchylenie 0,58). Dlatego też, tam gdzie było to możliwe przeprowadzono analizy na podstawie wyników większej, 345 osobowej grupy (występowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, oczekiwania dotyczące zachowań, temperament, poczucie własnej skuteczności), a w przypadku pozostałych pomiarów, na wynikach mniejszej 276 osobowej grupy uczestniczącej w drugim etapie badań (atrybuty zdrowia, lista kryteriów zdrowia, zdrowie pośród innych wartości, subiektywna percepcja zdrowia). Dane demograficzne obu grup przedstawiono w tabeli 5.1.

Tabela 5.1

Grupa osób badanych

	Etap I			Etap II		
	Kobiety	Mężczyźni	Razem	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Liceum ogólnokształcące	87	48	135	59	40	99
Liceum profilowane	54	54	108	43	42	85
Technikum	55	47	102	50	42	92
Razem	196	149	345	152	124	276

## **Rozdział 6**

### **Wyniki badań własnych**

#### **6.1. Częstość występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych w badanej grupie młodzieży**

Zastosowane kwestionariusze obejmowały w sumie 25 form zachowań prozdrowotnych i 32 ryzykownych, a badani oceniali częstość ich występowania na pięciostopniowej skali. Dla lepszej przejrzystości prezentowanych częstości zachowań przyjęto umowny podział na trzy grupy: A – zachowania występujące często lub bardzo często u co najmniej połowy badanych, B – zachowania występujące często lub bardzo często u co najmniej jednej czwartej badanych, ale mniej niż u połowy tej grupy i C – zachowania występujące często i bardzo często u mniej niż jednej czwartej badanych.

##### **6.1.1. Zachowania prozdrowotne**

W przypadku zachowań prozdrowotnych do grupy A zakwalifikowano łącznie 10 form zachowań. Zgodnie z przyjętym kryterium zachowaniami prozdrowotnymi podejmowanymi przez większość badanych były kolejno: dbałość o higienę osobistą, częste mycie rąk, ubieranie się stosownie do pory roku, dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji, budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni, jedzenie owoców i warzyw, picie dużej ilości wody, dbałość o wypoczynek i relaks, kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia, jedzenie regularnych posiłków. Zachowania te można ogólnie określić jako realizujące zasady elementarnej higieny, zarówno psychicznej jak i fizycznej. Dokładne zestawienie częstości zachowań przedstawiono w Tabeli 6.1.

Tabela 6.1

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez większość badanych (grupa zachowań A, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Dbłość o higienę osobistą	79,1	20,0	0,9	0,0	0,0
Częste mycie rąk	42,3	42,9	12,8	1,7	0,3
Ubieranie się stosownie do pory roku	37,4	47,5	11,3	2,6	1,2
Dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji	43,2	34,8	20,3	1,4	0,3
Budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni	31,0	43,2	20,6	4,3	0,9
Jedzenie owoców i warzyw	27,0	42,9	26,4	3,2	0,6
Picie dużej ilości wody	27,8	36,8	25,2	7,8	2,3
Dbłość o wypoczynek i relaks	17,1	43,8	31,0	7,5	0,6
Kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia	21,2	30,1	32,2	12,2	4,3
Jedzenie regularnych posiłków	12,5	38,3	28,1	19,1	2,0

Do grupy B – zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez mniejszą liczbę badanych zakwalifikowano łącznie 12 form. Należały do nich kolejno: uprawianie sportu/gimnastyka, dbanie o dobry stan psychiczny, dbanie o kontakt z naturą, prowadzenie unormowanego trybu życia, spacer i przebywanie na świeżym powietrzu, zdrowe odżywianie/odpowiednio zbilansowana dieta, dbanie o spokój i harmonię ciała i ducha, jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel), zapewnianie sobie odpowiedniego czasu na sen, wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu, unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów, taniec. Zachowaniom tym można nadać ogólne określenie – zdrowy tryb życia. Dokładne zestawienie częstości zachowań przedstawiono w Tabeli 6.2.

Tabela 6.2

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez mniejszą liczbę badanych (grupa zachowań B, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Uprawianie sportu/gimnastyka	16,2	31,3	42,9	9,3	0,3
Dbanie o dobry stan psychiczny	12,2	34,5	33,9	17,4	2,0
Dbanie o kontakt z naturą	11,3	32,5	38,3	15,7	2,3
Prowadzenie unormowanego trybu życia	8,4	35,1	35,1	19,1	2,3
Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	8,4	35,1	43,2	13,0	0,3
Zdrowe odżywianie/odpowiednio zbilansowana dieta	8,7	32,8	39,1	15,1	4,3
Dbanie o spokój i harmonię ciała i ducha	7,2	29,0	38,8	20,6	4,3
Jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel)	11,9	21,7	27,2	24,9	14,2
Zapewnienie sobie odpowiedniego czasu na sen	7,0	23,2	35,4	28,7	5,8
Wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu	9,3	18,0	34,8	24,3	13,6
Unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów	10,4	15,9	31,3	28,1	14,2
Taniec	8,4	17,4	29,9	29,9	14,5

Do grupy C – zachowań zdrowotnych podejmowanych przez niewielką liczbę badanych zakwalifikowano łącznie 3 formy aktywności. Były to kolejno: unikanie złych emocji i stresu, poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskie, unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych. Można je ogólnie określić jako działania profilaktyczne. Dokładne zestawienie częstości tych zachowań przedstawiono w Tabeli 6.3.

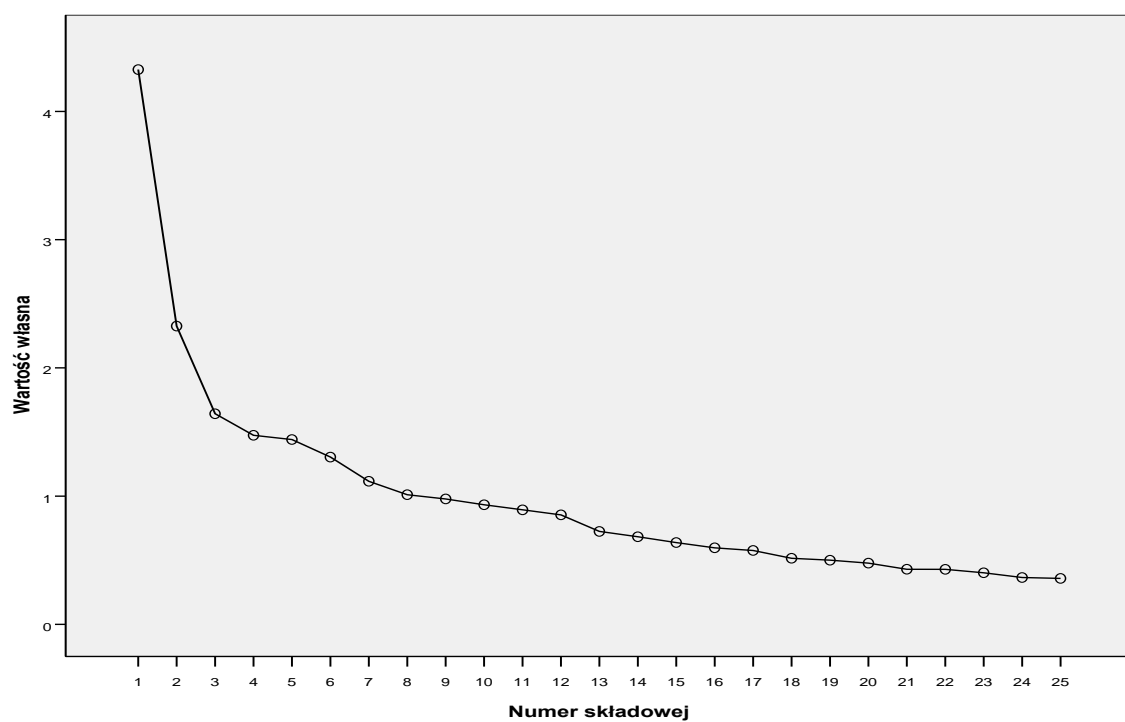
Tabela 6.3

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez niewielką liczbę badanych (grupa zachowań C, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Unikanie złych emocji i stresu	4,1	17,7	38,3	33,3	6,7
Poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskie	4,9	15,9	40,3	32,5	6,4
Unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych	5,2	11,9	30,7	28,7	23,5

Odpowiedzi osób badanych (n = 345) w kwestionariuszu mierzącym częstość podejmowania zachowań prozdrowotnych poddano analizie czynnikowej w celu wyodrębnienia grup współwystępujących zachowań. Zastosowano metodę głównych składowych oraz rotację varimax. Wyodrębniono osiem czynników z wartością własną powyżej 1, a po zastosowaniu kryterium „scree test” wybrano trzy czynniki, które wyjaśniają łącznie 27,82% wariancji. Analiza treści pozostałych czynników pozwoliła na włączenie jeszcze jednego czynnika, obejmującego zachowania o podobnym charakterze. W sumie rozwiązanie czteroczynnikowe umożliwia wyjaśnienie 34,83% wariancji. Wykres osypiska oraz zestawienie zachowań wchodzących w skład poszczególnych czynników wraz z ładunkami czynnikowymi przedstawiono poniżej.

Wykres osypiska



Rysunek 6.1

Wykres osypiska dla zachowań prozdrowotnych

Tabela 6.4

Zestawienie zachowań prozdrowotnych zakwalifikowanych do poszczególnych czynników  
(w nawiasach podano ładunki czynnikowe)

Czynnik I Troska o zdrowie psychiczne (alfa Cronbacha = 0,77)	
15	Dbanie o dobry stan psychiczny (0,682)
16	Budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni (0,491)
22	Unikanie złych emocji i stresu (0,634)
23	Kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia (0,827)
24	Dbanie o spokój i harmonię ciała i ducha (0,639)
25	Dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji (0,618)
Czynnik II Zdrowe odżywianie (alfa Cronbacha = 0,66)	
2	Zdrowe odżywianie/odpowiednio zbilansowana dieta (0,606)
4	Wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu (0,226)
7	Unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych (0,806)
12	Jedzenie owoców i warzyw (0,460)
18	Unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów (0,744)
19	Jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel) (0,460)
Czynnik III Dbłość o zdrowie fizyczne (alfa Cronbacha = 0,55)	
1	Uprawianie sportu/gimnastyka (0,373)
6	Picie dużej ilości wody (0,393)
11	Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu (0,788)
20	Dbanie o kontakt z naturą (0,762)
Czynnik IV Unormowany tryb życia (alfa Cronbacha = 0,54)	
5	Jedzenie regularnych posiłków (0,781)
13	Właściwy ubiór, dostosowany do pory roku (0,180)
14	Poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskie (0,400)
17	Prowadzenie unormowanego trybu życia (0,588)

W dalszych analizach używano tylko sumarycznych wskaźników czterech grup zachowań prozdrowotnych wyodrębnionych na podstawie analizy czynnikowej.

Występowanie zachowań prozdrowotnych, zgrupowanych w ramach poszczególnych czynników, porównano również biorąc pod uwagę płeć badanych i rodzaj szkoły. Przeprowadzono analizy wariancji dla tak wyodrębnionych grup zachowań jako zmiennych zależnych, gdzie czynnikami były płeć badanych oraz rodzaj szkoły. Nie zaobserwowano żadnych różnic związanych z płcią lub rodzajem szkoły dla troski o zdrowie psychiczne (czynnik I). Dla zdrowego odżywiania (czynnik II) zaobserwowano efekt główny dla płci ( $F = 28,869$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), kobiety podejmowały tego rodzaju zachowania zdecydowanie częściej niż mężczyźni. W przypadku dbałości o zdrowie fizyczne (czynnik III) ujawnił się efekt główny dla rodzaju szkoły ( $F = 4,258$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ), uczniowie liceum profilowanego podejmowali takie działania częściej niż uczniowie liceum ogólnokształcącego. Natomiast w przypadku prowadzenia unormowanego trybu życia (czynnik IV) zaobserwowano efekt główny dla płci badanych ( $F = 9,183$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,003$ ) oraz efekt interakcji płci i rodzaju szkoły ( $F = 4,124$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ). Kobiety podejmowały tego rodzaju aktywności zdecydowanie częściej niż mężczyźni a jednocześnie w grupie mężczyzn uczniowie technikum częściej niż uczniowie liceum czy liceum profilowanego. Co więcej, analiza efektów prostych wykazała, że wspomniane wcześniej różnice związane z płcią występują w grupie uczniów liceum i liceum profilowanego, a nie technikum.

### **6.1.2. Zachowania ryzykowne**

W porównaniu do zachowań prozdrowotnych występowanie zachowań ryzykownych w badanej grupie młodzieży było ogólnie zdecydowanie rzadsze, dlatego też w prezentacji ich występowania utworzono czwartą, dodatkową grupę D – zachowania występujące często lub bardzo często u mniej niż jednego procenta badanych.

Do grupy A – zachowań ryzykownych podejmowanych przez większość badanych zakwalifikowano tylko jedną formę działania - jazda na rowerze/ rolnikach bez kasku. Natomiast do grupy B – zachowań podejmowanych przez mniejszą liczbę badanych - 3 formy. Były to kolejno: przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle, pozostawianie



poza domem do późna w nocy, picie alkoholu. Ogólnie zachowania z obu tych grup można określić jako wynikające z beztroski, chociaż picie alkoholu wskazuje już na pewną potrzebę doznań. Dokładne zestawienie częstości wspomnianych wyżej zachowań przedstawiono w Tabeli 6.5.

Tabela 6.5

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań ryzykownych podejmowanych przez większość badanych lub mniejszą ich liczbę (grupa zachowań A i B, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Jazda na rowerze/ rolkach bez kasku	44,6	23,8	12,5	9,0	10,1
Przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle	17,1	25,8	33,0	19,4	4,6
Pozostawanie poza domem do późna w nocy	6,7	22,0	35,7	31,0	4,6
Picie alkoholu	6,1	20,0	46,1	15,9	11,9

Do grupy C – zachowań ryzykownych podejmowanych przez niewielką liczbę badanych zakwalifikowano 20 form aktywności. Były to kolejno: brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie, przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem, przejeżdżanie się, skoki do wody „na główkę”, palenie papierosów, zaczepianie, drażnienie, prowokowanie innych, nurkowanie, upijanie się, wagarowanie, uprawianie sztuk walki, jazda motocyklem, prowadzenie samochodu bez prawa jazdy, uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania, przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków, uprawianie seksu bez zabezpieczenia, wspinaczka wysokogórska, wdawanie się w bójki, wążanie benzyny albo kleju, chodzenie do solarium, palenie marihuany. Zdecydowana większość z tych zachowań świadczy o poszukiwaniu stymulacji, niezwykłych doznań. Dokładne zestawienie częstości występowania zachowań z tej grupy przedstawiono w Tabeli 6.6.

Tabela 6.6

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań ryzykownych podejmowanych przez niewielką liczbę badanych (grupa zachowań C, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie	9,6	11,3	15,4	15,7	48,1
Przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem	5,8	9,3	11,3	7,5	66,1
Przejadanie się	2,0	11,3	33,9	35,1	17,7
Skoki do wody „na główkę”	2,0	8,1	17,7	19,1	53,0
Palenie papierosów	3,5	6,1	9,0	16,2	65,2
Zaczepianie, drażnienie, prowokowanie innych	3,2	5,2	14,8	33,9	42,9
Nurkowanie	2,0	6,1	15,9	21,4	54,5
Upijanie się	1,2	6,7	20,9	27,8	43,5
Wagarowanie	0,9	5,5	31,0	31,9	30,7
Uprawianie sztuk walki	3,2	0,9	8,1	13,3	74,5
Jazda motocyklem	1,4	2,3	5,2	15,4	75,7
Prowadzenie samochodu bez prawa jazdy	1,2	2,0	6,1	7,2	83,5
Uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania	0,6	2,0	5,5	18,0	73,9
Przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków	1,2	1,2	6,1	23,8	67,8
Uprawienie seksu bez zabezpieczenia	0,9	1,2	2,0	4,9	91,0
Wspinaczka wysokogórska	0,3	1,4	12,2	18,6	67,5
Wdawanie się w bójki	0,3	1,4	3,5	19,7	75,1
Wąchanie benzyny albo kleju	1,2	0,3	2,9	9,6	86,1
Chodzenie do solarium	0,9	0,3	3,8	6,7	88,4
Palenie marihuany	0,9	0,3	4,1	14,5	80,3

Ostatnią grupę stanowią zachowania ryzykowne prawie nie podejmowane przez badanych (odpowiedzi często i bardzo często mniej niż 1 procent). Zakwalifikowano do nich łącznie 8 form działania. Były to kolejno: balansowanie na barierce mostu, branie narkotyków, przejażdżki kradzionym samochodem, używanie dopalaczy, skoki na bungee, szybka jazda pod wpływem środków odurzających, prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu, skoki ze spadochronem. Ta grupa zachowań ryzykownych to formy aktywności o dużej wartości stymulacyjnej. Dokładne zestawienie częstości zachowań zakwalifikowanych do tej grupy przedstawiono w Tabeli 6.7.

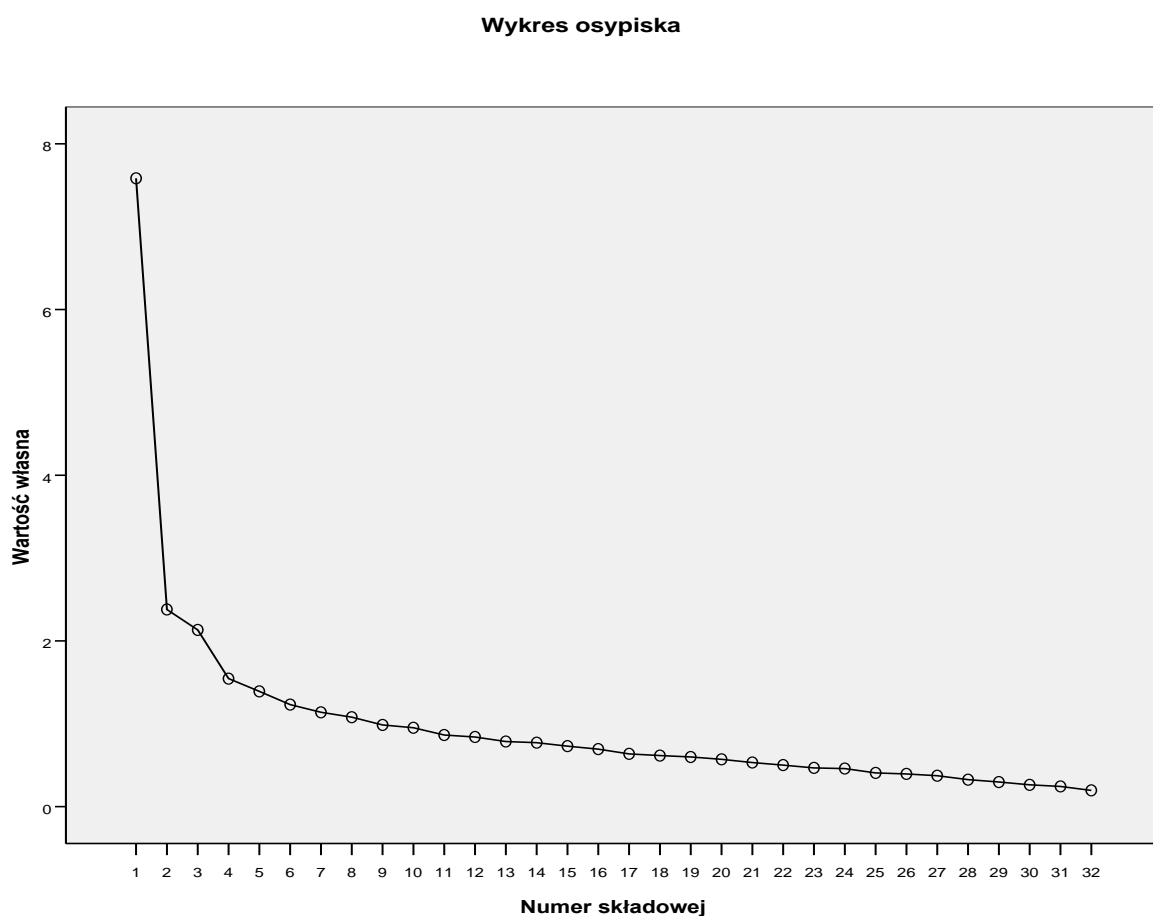
Tabela 6.7

Zestawienie (procent osób badanych) częstości zachowań ryzykownych podejmowanych przez mniej niż jeden procent badanych (grupa zachowań D, n = 345)

Forma zachowania	bardzo często	często	czasami	bardzo rzadko	nigdy
Balansowanie na barierce mostu	0,6	0,3	2,9	7,5	88,7
Branie narkotyków	0	0,9	1,4	6,7	91,0
Przejażdżki kradzionym samochodem	0,6	0,3	0,3	2,3	96,5
Używanie dopalaczy	0,6	0	0,6	3,2	95,7
Skoki na bungee	0,3	0	0,6	5,5	93,6
Szybka jazda pod wpływem środków odurzających	0,3	0	2,3	1,7	95,7
Prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu	0	0,3	0,3	2,6	96,8
Skoki ze spadochronem	0	0	0,3	3,5	96,2

Odpowiedzi osób badanych (n = 345) w kwestionariuszach mierzących częstość podejmowania zachowań ryzykownych poddano analizom czynnikowym w celu wyodrębnienia grup współwystępujących zachowań. Zastosowano metodę głównych składowych oraz rotację varimax. Wyodrębniono osiem czynników z wartością własną powyżej 1, a po zastosowaniu kryterium „scree test” wybrano trzy czynniki, które zgodnie z przyjętym kryterium można uznać za znaczące (Norusis, 1993), wyjaśniające 33,35%

wariancji. Po analizie zawartości pozostałych 5 czynników postanowiono włączyć jeszcze do dalszych analiz czynnik czwarty, zawierający zachowania mające wyraźne wspólne cechy. W sumie wyodrębnione cztery czynniki wyjaśniają łącznie 39,36% wariancji. Wykres osypiska oraz zestawienie zachowań wchodzących w skład poszczególnych czynników wraz z ładunkami czynnikowymi przedstawiono poniżej.



Rysunek 6.2

Wykres osypiska dla zachowań ryzykownych

Tabela 6.8

Zestawienie zachowań prozdrowotnych zakwalifikowanych do poszczególnych czynników (w nawiasach podano ładunki czynnikowe)

Czynnik I Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie (alfa Cronbacha = 0,85)	
2	Prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu (0,734)
5	Przejażdżki kradzionym samochodem (0,710)
12	Uprawienie seksu bez zabezpieczenia (0,479)
16	Branie narkotyków (0,649)
18	Palenie marihuany (0,574)
19	Skoki na bungee (0,425)
20	Przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków (0,476)
23	Szybka jazda pod wpływem środków odurzających (0,769)
30	Balansowanie na barierce mostu (0,660)
32	Używanie dopalaczy (0,829)
Czynnik II Zachowania zagrażające zdrowiu (alfa Cronbacha = 0,77)	
1	Palenie papierosów (0,672)
7	Picie alkoholu (0,775)
8	Pozostawanie poza domem do późna w nocy (0,655)
10	Upijanie się (0,766)
13	Wagarowanie (0,666)
17	Przejadanie się (0,269)
26	Przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle (0,436)
31	Chodzenie do solarium (0,232)
Czynnik III Zachowania „macho” (alfa Cronbacha = 0,69)	
4	Przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem (0,574)
6	Uprawianie sztuk walki (0,559)
9	Prowadzenie samochodu bez prawa jazdy (0,658)
14	Zaczeplanie, drażnienie, prowokowanie innych (0,417)

22	Uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania (0,368)
25	Wdawanie się w bójki (0,655)
29	Jazda motocyklem (0,484)
Czynnik IV Sporty ekstremalne (alfa Cronbacha = 0,62)	
15	Brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie (0,629)
24	Skoki na główkę do wody (0,731)
27	Wspinaczka wysokogórska (0,325)
28	Nurkowanie (0,753)

W dalszych analizach używano tylko sumarycznych wskaźników czterech grup zachowań ryzykownych, wyodrębnionych na podstawie analizy czynnikowej.

Występowanie zachowań ryzykownych, zgrupowanych w ramach poszczególnych czynników, porównano również biorąc pod uwagę płeć badanych i rodzaj szkoły. Przeprowadzono analizy wariancji dla tak wyodrębnionych grup zachowań jako zmiennych zależnych, gdzie czynnikami były płeć badanych oraz rodzaj szkoły. Analizy ujawniły kilka istotnych różnic. W przypadku zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie (czynnik I), zaobserwowano efekt główny dla płci ( $F = 9,804$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,002$ ), mężczyźni podejmowali tego rodzaju zachowania istotnie częściej niż kobiety. Dla grupy zachowań zagrażających zdrowiu (czynnik II) ujawnił się efekt główny dla szkoły ( $F = 6,163$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,002$ ) oraz efekt interakcji płci i szkoły ( $F = 4,061$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ). Uczniowie technikum podejmowali takie formy aktywności częściej niż uczniowie liceum profilowanego, a w grupie uczniów liceum mężczyźni częściej niż kobiety. Jednocześnie w grupie mężczyzn u uczniów technikum i liceum zachowania te pojawiały się częściej niż u uczniów liceum profilowanego, a w grupie kobiet z technikum częściej niż u uczennic z pozostałych rodzajów szkół. W przypadku zachowań „macho“ (czynnik III) zaobserwowano jedynie efekt główny dla płci ( $F = 60,575$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), badani mężczyźni podejmowali tego rodzaju zachowania zdecydowanie częściej niż kobiety. Dla podejmowania sportów ekstremalnych (czynnik IV) ujawniły się dwa efekty główne: dla płci ( $F = 6,187$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ ) oraz rodzaju szkoły ( $F = 3,666$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,03$ ). Zachowania te występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet, a jednocześnie u uczniów technikum częściej niż u uczniów liceum.

## **6.2. Oczekiwania młodzieży odnośnie do podejmowanych zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

Oczekiwania badanej młodzieży dotyczące zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych oraz stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych zostaną przedstawione w analogiczny sposób, jak częstość występowania poszczególnych zachowań, z podziałem na grupy wynikającym z liczby osób wybierających daną odpowiedź.

### **6.2.1. Oczekiwania odnośnie do wartości zdrowotnej zachowań prozdrowotnych**

W przypadku oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych większość, bo 21 na 25 zachowań, została oceniona jako znacznie albo bardzo sprzyjające zdrowiu przez większość osób badanych (grupa A). Ich zestawienie, wraz z częstością poszczególnych zachowań przedstawiono w Tabeli 6.9.

Tabela 6.9

Zestawienie (procent osób badanych) ocen zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych ocenianych jako znacznie albo bardzo sprzyjająca zdrowiu przez większość badanych (grupa zachowań A, n = 345)

Forma zachowania	bardzo sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu
Uprawianie sportu/gimnastyka	75,6	21,5	1,7	0,3	0,9
Zdrowe odżywianie/odpowiednio zbilansowana dieta	69,5	24,7	4,7	1,2	0
Dbłość o higienę osobistą	63,7	29,4	6,4	0,6	0

Jedzenie owoców i warzyw	55,5	34,3	9,0	1,2	0
Zapewnianie sobie odpowiedniego czasu na sen	51,7	36,3	9,6	2,3	0
Dbłość o wypoczynek i relaks	47,1	39,8	11,3	1,7	0
Picie dużej ilości wody	54,1	31,1	12,5	2,0	0,3
Jedzenie regularnych posiłków	42,2	41,6	13,7	2,3	0,3
Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	44,8	35,5	16,9	2,9	0
Dbanie o dobry stan psychiczny	44,8	33,4	17,4	4,1	0,3
Dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji	48,8	29,4	17,2	4,1	0,6
Unikanie złych emocji i stresu	36,3	38,7	19,5	5,2	0,3
Ubieranie się stosownie do pory roku	32,8	39,8	19,2	7,0	1,2
Częste mycie rąk	33,4	39,0	21,5	5,5	0,6
Kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia	40,4	31,4	20,1	6,1	2,0
Taniec	32,3	32,6	23,5	8,7	2,9
Dbanie o spokój i harmonię ciała i ducha	28,8	33,7	26,7	8,7	2,0
Budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni	31,7	29,7	25,0	11,9	1,7
Unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów	26,7	30,2	32,0	7,6	3,5
Poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskie	27,3	29,4	29,1	11,9	2,3
Unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych	21,8	29,7	29,9	14,8	3,8



Pozostałe cztery formy zachowań zostały ocenione jako znacznie lub bardzo sprzyjające zdrowiu przez mniej niż połowę ale więcej niż jedną czwartą badanych (grupa B) a ich zestawienie przedstawiono w Tabeli 6.10.

Tabela 6.10

Zestawienie (procent osób badanych) ocen zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych ocenianych jako znacznie albo bardzo sprzyjająca zdrowiu przez mniejszość badanych (grupa zachowań B, n = 345)

Forma zachowania	bardzo sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu
Prowadzenie unormowanego trybu życia	19,2	30,8	35,8	11,3	2,9
Wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu	17,2	30,5	37,5	13,4	1,5
Dbanie o kontakt z naturą	20,6	22,7	39,5	13,7	3,5
Jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel)	20,9	21,5	29,9	21,5	6,1

W dalszych analizach, jako miary oczekiwań odnośnie podejmowanych zachowań, będą brane pod uwagę sumaryczne wskaźniki oczekiwań zgrupowane według czynników wyodrębnionych w analizie zachowań, omówionych w rozdziale 6.1.

Przeprowadzono analizy wariancji dla sumarycznych wskaźników oczekiwań dotyczących zachowań w poszczególnych czynnikach jako zmiennych zależnych testując różnice dla płci badanych i rodzaju szkoły. W ocenach prozdrowotnej wartości zachowań w ramach poszczególnych czynników zaobserwowano głównie różnice związane z płcią

badanych. Efekt główny pojawił się w przypadku wszystkich czterech grup zachowań. Kobiety oceniały wyżej prozdrowotną wartość troski o zdrowie psychiczne (czynnik I –  $F = 13,017$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), zdrowego odżywiania (czynnik II –  $F = 41,612$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ), dbałości o zdrowie fizyczne (czynnik III –  $F = 35,439$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ) oraz zdrowego odżywiania (czynnik IV –  $F = 26,045$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ). Jednocześnie, w przypadku dwóch grup zachowań zaobserwowano efekt interakcji płci badanych i rodzaju szkoły. W przypadku dbałości o zdrowie fizyczne (czynnik III –  $F = 3,876$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ) różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami wystąpiły tylko u uczniów liceum i liceum profilowanego, a jednocześnie w grupie mężczyzn uczniowie technikum oceniali te zachowania wyżej niż uczniowie liceum profilowanego. Natomiast w ocenie prozdrowotnej wartości zdrowego odżywiania (czynnik IV,  $F = 4,943$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,01$ ) różnice związane z płcią ujawniły się tylko w grupie uczniów liceum i liceum profilowanego, a jednocześnie w grupie mężczyzn uczniowie liceum i technikum oceniali te zachowania wyżej niż uczniowie liceum profilowanego.

#### **6.2.2. Oczekiwania odnośnie do wartości stymulacyjnej zachowań ryzykownych**

W przypadku oceny stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych daje się zaobserwować odwrotną tendencję, tylko trzy formy zostały ocenione jako bardzo lub w dość dużym stopniu ekscytujące przez więcej niż połowę badanych (grupa A): skoki ze spadochronem, skoki na bungee oraz brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie. Kolejnych pięć rodzajów zachowań oceniło tak mniej niż połowa, ale więcej niż jedna czwarta badanych (grupa B): nurkowanie, jazda motocyklem, wspinaczka wysokogórska, uprawianie sztuk walki oraz pozostawianie poza domem do późna w nocy. Szczegółowe zestawienie częstości poszczególnych ocen tych dwu grup zachowań przedstawiono w Tabeli 6.11.

Tabela 6.11

Zestawienie (procent osób badanych) ocen stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych ocenianych jako bardzo lub w dość dużym stopniu ekscytujące przez większość badanych (grupa zachowań A) oraz mniej niż połowę, ale więcej niż jedną czwartą (grupa B) (n = 345)

Forma zachowania	bardzo ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w ogóle nie ekscytujące
Skoki ze spadochronem	50,0	27,3	6,7	4,1	11,9
Skoki na bungee	47,4	24,7	10,5	4,4	12,8
Brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie	22,1	28,2	17,2	9,3	23,3
Nurkowanie	20,3	26,7	21,5	15,1	16,3
Jazda motocyklem	21,8	23,8	22,1	12,5	19,8
Wspinaczka wysokogórska	14,0	27,0	18,6	15,1	25,3
Uprawianie sztuk walki	11,0	19,2	22,4	19,8	27,6
Pozostawianie poza domem do późna w nocy	9,6	20,6	29,4	25,0	15,4

Zdecydowana większość zachowań ryzykownych została oceniona jako bardzo lub w dość dużym stopniu ekscytująca przez mniej niż jedną czwartą badanych. Szczegółowe zestawienie ocen tych zachowań przedstawia Tabela 6.12.

Tabela 6.12

Zestawienie (procent osób badanych) ocen stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych ocenianych jako bardzo lub w dość dużym stopniu ekscytujące przez mniej niż jedną czwartą badanych (grupa C) (n = 345)

Forma zachowania	bardzo ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w ogóle nie ekscytujące
Przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem	7,6	17,2	23,3	24,7	27,3
Picie alkoholu	3,5	17,4	34,6	22,1	22,4
Balansowanie na barierce mostu	9,9	10,8	12,5	16,3	50,6
Uprawienie seksu bez zabezpieczenia	11,0	9,6	9,9	14,5	54,9
Przejażdżki kradzionym samochodem	10,2	5,8	4,4	8,1	71,5
Uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania	3,8	12,2	11,6	20,3	52,0
Palenie marihuany	5,2	9,6	16,0	15,1	54,1
Jazda na rowerze/ rolkach bez kasku	5,8	7,0	13,4	17,2	56,7
Wagarowanie	4,7	6,7	18,9	27,6	42,2
Branie narkotyków	3,2	6,7	9,0	15,4	65,7
Szybka jazda pod wpływem środków odurzających	4,9	4,9	5,8	8,4	75,9
Skoki do wody „na główkę”	2,0	7,8	15,4	22,4	52,3
Upijanie się	2,3	7,3	17,7	20,3	52,3
Wdawanie się w bójki	3,5	5,2	9,6	13,4	68,3
Prowadzenie samochodu bez prawa jazdy	3,5	5,2	10,5	13,1	67,7

Zaczeplanie, drażnienie, prowokowanie innych	2,0	5,8	14,5	23,3	54,4
Przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle	2,9	2,6	4,9	13,4	76,2
Palenie papierosów	1,5	3,2	9,9	19,8	65,7
Używanie dopalaczy	1,7	2,6	4,4	9,6	81,7
Prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu	1,7	2,0	3,8	5,5	86,6
Wąchanie benzyny albo kleju	1,7	1,7	2,6	9,9	84,0
Przejadanie się	1,2	2,0	7,0	13,7	76,2
Przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków	0,9	1,5	3,5	10,8	83,4

Ogólnie można powiedzieć, że o ile zdecydowana większość uwzględnionych w badaniu zachowań prozdrowotnych została oceniona przez większość osób jako mająca dużą wartość zdrowotną, o tyle zdecydowana większość zachowań ryzykownych została oceniona jako stymulujące przez niewielu badanych.

W dalszych analizach jako miary oczekiwań odnośnie podejmowanych zachowań będą brane pod uwagę sumaryczne wskaźniki oczekiwań zgrupowane według czynników wyodrębnionych w analizie zachowań, omówionych w rozdziale 6.2.

Przeprowadzono analizy wariancji dla sumarycznych wskaźników oczekiwań dotyczących zachowań w poszczególnych czynnikach jako zmiennych zależnych testując różnice dla płci badanych i rodzaju szkoły. W przypadku oczekiwań dotyczących zachowań ryzykownych (ocena stymulującej wartości zachowań) ujawniło się kilka istotnych różnic. Dla oceny stymulacyjnej wartości zachowań nie akceptowanych społecznie ujawnił się efekt interakcji płci i rodzaju szkoły ( $F = 5,929$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,003$ ). Mężczyźni uczniowie liceum przypisywali takim zachowaniom większą wartość stymulacyjną niż uczniowie liceum profilowanego czy technikum, a jednocześnie w grupie uczniów liceum zaznaczyły się różnice związane z płcią – dla mężczyzn zachowania te były bardziej stymulujące niż dla kobiet. Efekt interakcji płci i rodzaju szkoły ujawnił się również w przypadku oceny stymulacyjnej wartości zachowań zagrażających zdrowiu

(czynnik II) ( $F = 3,880$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ). W grupie uczniów liceum mężczyźni oceniali tego rodzaju zachowania jako bardziej stymulujące niż kobiety, a jednocześnie w grupie mężczyzn uczniowie liceum bardziej niż uczniowie liceum profilowanego. W przypadku oceny stymulacyjnej wartości zachowań „macho” ujawniły się efekty główne dla płci ( $F = 11,614$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ) i rodzaju szkoły ( $F = 3,189$   $df = 2$ ,  $p < 0,05$ ) oraz efekt interakcji tych czynników ( $F = 8,742$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$ ). Mężczyźni oceniali tego rodzaju zachowania zdecydowanie wyżej pod tym względem niż kobiety, a uczniowie liceum wyżej niż uczniowie technikum. Analiza efektów prostych wykazała, że różnice związane z płcią badanych występują jedynie w liceum i technikum, natomiast w grupie mężczyzn uczniowie liceum oceniają takie zachowania jako bardziej stymulujące niż uczniowie pozostałych rodzajów szkół, a w grupie kobiet z kolei uczennice liceum profilowanego bardziej niż uczennice technikum. W ocenach sportów ekstremalnych nie stwierdzono istotnych różnic związanych z płcią czy rodzajem szkoły.

### **6.3. Związki pomiędzy oczekiwaniami odnośnie do zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a częstością ich podejmowania**

W celu ustalenia związków pomiędzy oczekiwaniami związanymi z zachowaniami i ich podejmowaniem obliczono współczynniki korelacji pomiędzy sumarycznymi wskaźnikami częstości zachowań w ramach poszczególnych czynników i sumarycznymi wskaźnikami oczekiwań związanych z zachowaniami w poszczególnych czynnikach.

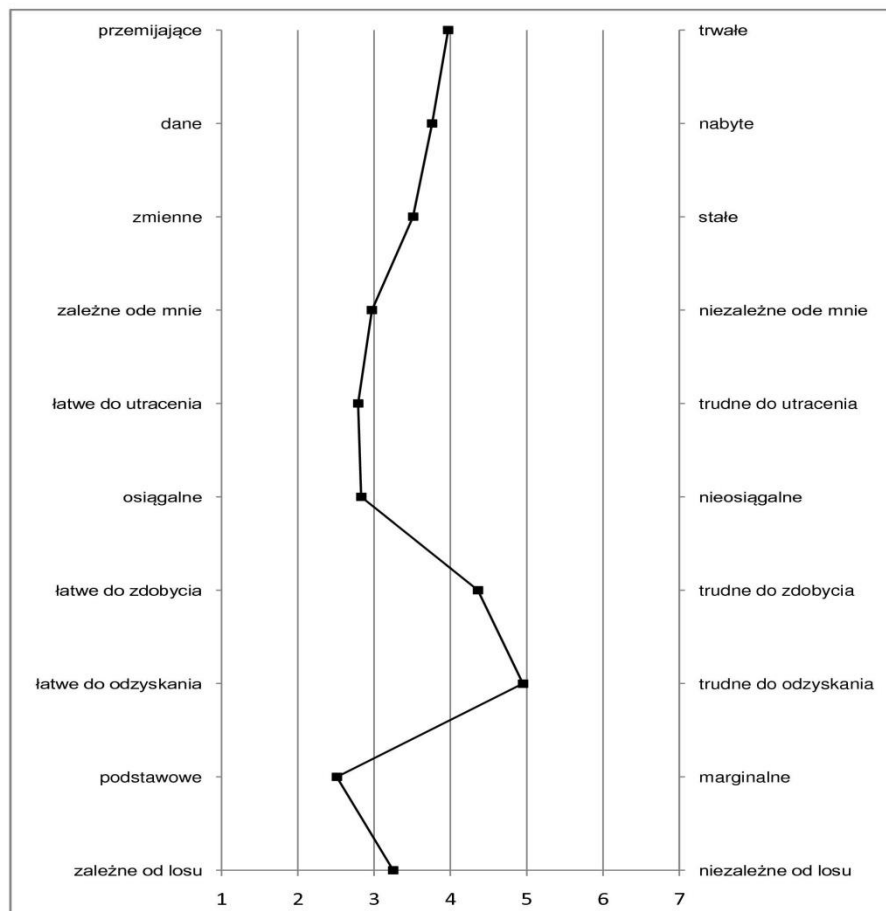
Otrzymano istotne statystycznie współczynniki korelacji w przypadku wszystkich par zachowania – ocena zachowań. Dla zachowań prozdrowotnych wynosiły one: dla troski o zdrowie psychiczne (czynnik I) - 0,26 ( $p < 0,001$ ), dla zdrowego odżywiania (czynnik II) – 0,45 ( $p < 0,001$ ), dla dbałości o zdrowie fizyczne (czynnik III) – 0,23 ( $p < 0,001$ ) dla unormowanego trybu życia (czynnik IV) – 0,27 ( $p < 0,001$ ). Jak widać, im silniejsze są oczekiwania dotyczące zdrowotnej wartości zachowań, tym częściej zachowania takie są podejmowane. Zależność ta ujawniła się bardzo wyraźnie w przypadku wszystkich czterech branych pod uwagę czynników, choć wartości współczynników korelacji są raczej niskie.

Podobnie było w przypadku zachowań ryzykownych, gdzie współczynniki wynosiły odpowiednio: dla zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie (czynnik I) – 0,47 ( $p < 0,001$ ), dla zachowań zagrażających zdrowiu (czynnik II) – 0,59 ( $p < 0,001$ ), dla zachowań „macho” (czynnik III) – 0,47 ( $p < 0,001$ ), dla sportów ekstremalnych (czynnik IV) – 0,47 ( $p < 0,001$ ). A zatem ujawnił się wyraźny związek, wskazujący, że im silniejsze przekonanie o stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych tym częstsze ich podejmowanie. Warto zwrócić uwagę, że w przypadku zachowań ryzykownych wartości współczynników korelacji były zdecydowanie wyższe, co wskazuje na silniejsze zależności.

#### **6.4. Koncepcja zdrowia badanej młodzieży**

W celu opisanie koncepcji zdrowia i jej zróżnicowania w badanej grupie młodzieży wykorzystano trzy narzędzia: opracowaną dla potrzeb badań skalę ocen typu dyferencjału semantycznego oraz skale mierzące kryteria przypisywane zdrowiu (LKZ) i miejsce zdrowia wśród innych wartości (LWO).

Ogólny obraz atrybutów przypisywanych przez młodzież zdrowiu można zilustrować za pomocą zestawienia średnich ocen skali typu dyferencjału semantycznego (rys. 6.3).



Rysunek 6.3

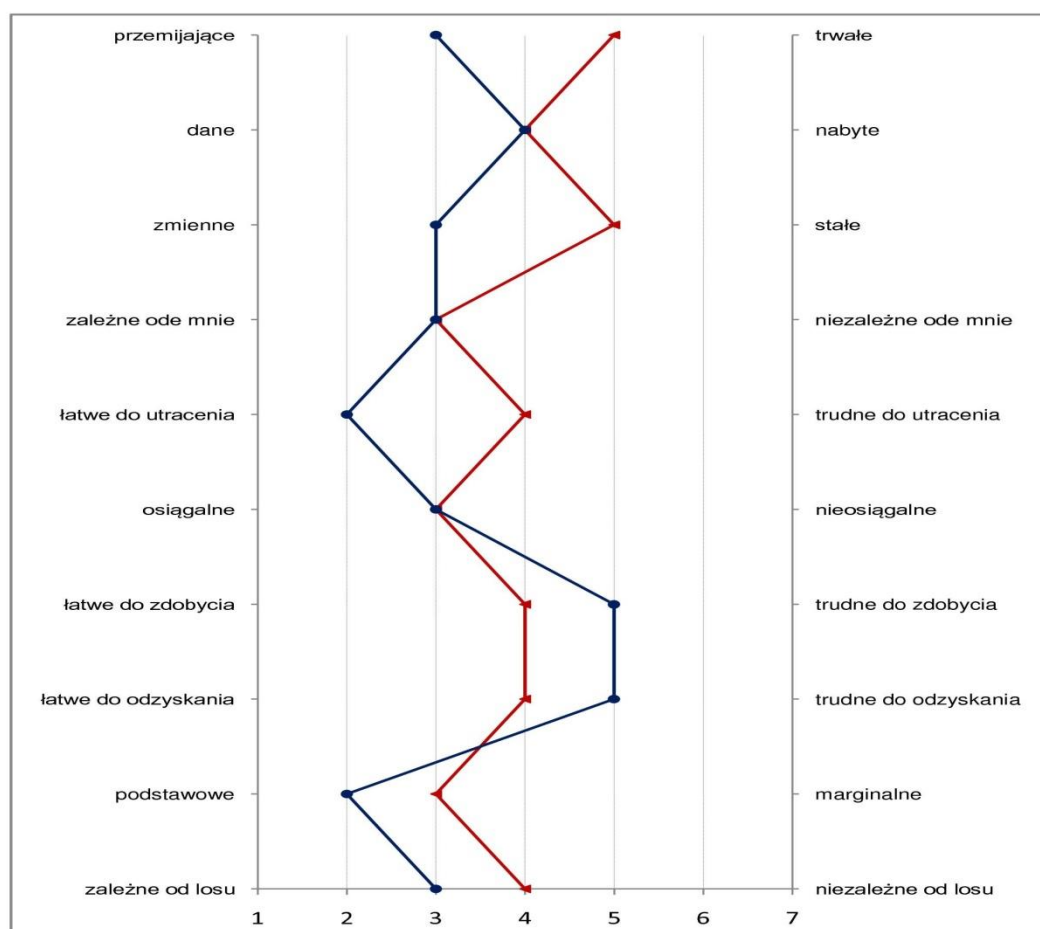
Atrybuty zdrowia – średnie oceny na skali dyferencjału semantycznego ( $n = 278$ )

Średnie ocen mieszczące się w środkowym przedziale 3,5 do 4,5 można interpretować w taki sposób, że w przypadku tych atrybutów oceny w grupie zrównoważyły się i trudno mówić, aby grupa jako całość przypisywała zdrowiu któreś z dwóch przeciwstawnych określeń. A zatem zdrowie okazało się być dla badanych tak samo przemijające, jak trwałe, tak samo dane, jak nabyte i tak samo zmiennie, jak stałe. W przeciwieństwie do tych atrybutów najwyraźniej zaznaczyła się w grupie badanych



tendencja, aby oceniać zdrowie jako trudne do zdobycia, trudne do odzyskania i podstawowe. Nieco mniej wyraźnie zaznaczyła się w grupie tendencja do oceniania zdrowia jako łatwe do utracenia, zależne ode mnie, ale również osiągalne i zależne od losu.

W celu ustalenia możliwego zróżnicowania sposobów ujmowania zdrowia wśród badanych na ocenach skali przeprowadzono analizę skupień, metodą k-średnich. Otrzymane rozwiązanie dla dwóch skupień dało możliwe do interpretacji i różniące się sposoby ujmowania tego, czym jest zdrowie. W ten sposób wyodrębniono dwie grupy osób przypisujących zdrowiu podobne atrybuty (por. rys. 6.4). Osoby zakwalifikowane do pierwszego skupienia ( $n = 114$ ) opisywały zdrowie jako trwałe, stałe i raczej trudne do utracenia, osoby zakwalifikowane do skupienia drugiego ( $n = 164$ ), wprost przeciwnie, jako przemijające, zmienne, łatwe do utracenia, trudne do zdobycia czy odzyskania, podstawowe i zależne od losu. W przypadku tych atrybutów centra skupień wypadły poza środkową wartość 4. Jednocześnie obie grupy uznały w równym stopniu zdrowie za zależne od podmiotu i osiągalne. Środkowe położenie centrów obu skupień wskazuje, że w obu grupach zdrowia nie uznano ani za dane, ani za nabyte. Ogólnie osoby zakwalifikowane do pierwszego skupienia można określić jako przypisujące zdrowiu stabilność, a do drugiego – niestabilność.



Rysunek 6.4

Atrybuty zdrowia – centra dwóch wyodrębnionych skupień (n = 278)

Tabela 6.13

Porównanie ocen atrybutów zdrowia w dwóch wyodrębnionych skupieniach (ANOVA,  $df = 1,276$ )

Atrybuty zdrowia	F
Przemijające – trwałe	181,379 ***
Dane – nabyte	8,652 **
Zmienne – stałe	274,672 ***
Zależne ode mnie – niezależne ode mnie	0,900
Łatwe do utracenia – trudne do utracenia	128,694 ***
Osiągalne – nieosiągalne	0,004
Łatwe do zdobycia – trudne do zdobycia	25,085 ***
Łatwe do odzyskania – trudne do odzyskania	50,512 ***
Podstawowe – marginalne	4,618 *
Zależne od losu – niezależne od losu	22,477 ***

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$  \*\*\*  $p < 0,001$

Do drugiego skupienia zakwalifikowało się istotnie więcej kobiet (100) niż mężczyzn (64) ( $\chi^2 = 5,702$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,02$ ), podczas gdy w skupieniu pierwszym proporcja płci była podobna (53 kobiety i 61 mężczyzn). Można zatem powiedzieć, że w grupie kobiet częstsze było przypisywanie zdrowiu niestabilności. Natomiast proporcje osób z różnych rodzajów szkół były podobne w obu skupieniach.

Zestawienie odpowiedzi w kwestionariuszu Lista Kryteriów Zdrowia pozwala na ustalenie, co dla badanych znaczy być zdrowym. Z proponowanej w kwestionariuszu listy kryteriów więcej niż dwie trzecie badanych wskazało kolejno: czuć się dobrze, dbać o wypoczynek i sen, czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, mieć odpowiednią wagę ciała. Natomiast więcej niż połowa wskazała jeszcze kolejno: nie chorować (najwyżej rzadko na grypę, niestrawność), należycie się odżywiać, mieć dobry nastrój, umieć cieszyć się z życia, mieć zdrowe oczy, włosy, cerę, nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych, nie palić tytoniu. Ogólnie

można powiedzieć, że wśród badanych dominowały hedonistyczne i sprawnościowe kryteria zdrowia. Pełne zestawienie wskazywanych przez badaną młodzież kryteriów zdrowia wraz ze średnimi ocenami ich ważności przedstawiono w Tabeli 6.14.

Tabela 6.14

Kryteria zdrowia. Procent wyborów i średnia ocena ważności (n = 278)

Kryterium	Procent wyborów	Średnia ocena ważności
Czuć się dobrze	77,3	1,06
Dbać o wypoczynek i sen	71,6	1,08
Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu	69,8	1,55
Mieć sprawne wszystkie części ciała	68,0	1,19
Mieć odpowiednią wagę ciała	66,9	0,47
Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność	65,5	0,85
Należyście się odżywiać	64,4	0,87
Mieć dobry nastrój	64,4	0,74
Umieć się cieszyć z życia	62,6	1,16
Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	61,9	0,50
Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	61,2	1,12
Nie palić tytoniu	52,9	0,47
Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	46,8	0,67
Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	44,2	0,53
Umieć rozwiązywać swoje problemy	43,9	0,46
Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	39,9	0,22
Potrafić pracować bez napięcia i stresu	38,5	0,38
Dożyć późnej starości	36,0	0,35
Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	34,9	0,23

Prawie nigdy nie chodzić do lekarza	34,5	0,26
Umieć przystosować się do zmian w życiu	30,2	0,32
Pić niewielkie ilości alkoholu albo wcale	26,6	0,15
Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	23,7	0,11
Być odpowiedzialnym	23,0	0,15

Jak widać, gdyby sporządzić ranking kryteriów zdrowia na podstawie średniej oceny ważności nie zmieniłby się on wiele, chociaż nieco wyżej uplasowały by się: czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, umieć się cieszyć z życia oraz nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych. Porównanie częstości wybierania danego kryterium zdrowia przez osoby z różnych rodzajów szkół nie ujawniło istotnych różnic, natomiast w przypadku dwóch kryteriów czynnikiem różnicującym okazała się być płeć badanych. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na znaczenie dla zdrowia należytego odżywiania ( $\chi^2 = 8,363$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,004$ ) oraz dbałości o wypoczynek i sen ( $\chi^2 = 5,137$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,03$ ).

Na miejsce, jakie zajmuje w ocenie badanych zdrowie wśród innych wartości życiowych, wskazują wyniki skali Lista Wartości Osobistych. Badani wybierali z listy dziesięciu wartości pięć dla nich najważniejszych, a następnie tworzyli ranking ich ważności. Biorąc pod uwagę średnią rang dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna zajęło trzecie miejsce w hierarchii wartości badanej młodzieży, ustępując miejsca miłości i przyjaźni, uznanymi za najważniejsze, oraz inteligencji, bystrości umysłu, na miejscu drugim. W Tabeli 6.15 przedstawiono ranking wszystkich branych pod uwagę wartości, sporządzony w oparciu o średnie ocen ważności przypisywanej danej wartości.

Tabela 6.15

Zdrowie pośród innych wartości. Zestawienie średnich ocen ważności ( $n = 278$ ). Dla porównania w ostatniej kolumnie zamieszczono średnie oceny uzyskane w badaniu 758 osobowej grupy młodzieży w wieku 11-17 lat (Juczyński, 2001)

Wartość	Średnia ocena ważności	Średnia ocena ważności (badania młodzieży, Juczyński, 2001)
Miłość i przyjaźń	4,15	2,15
Inteligencja, bystrość umysłu	2,24	1,89
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	2,13	2,12
Radość, zadowolenie	1,94	1,65
Poczucie humoru, dowcip	1,16	2,01
Wiedza, mądrość	0,84	1,78
Odwaga, stanowczość	0,79	1,76
Dobroć, delikatność	0,76	1,49
Bogactwo, majątek	0,50	0,67
Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	0,49	1,23

W porównaniu do ocen ważności dokonywanych przez dzieci i młodzież w wieku 11-17 lat (Juczyński, 2001) nie widać znacznych różnic, chociaż znamieny jest fakt, że młodszy badani umieścili zdrowie wyżej, na drugim miejscu. Miłość i przyjaźń uplasowały się na miejscu pierwszym, chociaż w grupie badanej młodzieży średnia ocena tej wartości była wyższa.

Porównanie rang przypisywanych poszczególnym wartościom przez kobiety i mężczyzn wskazało na kilka istotnych różnic. Dla kobiet ważniejsze niż dla mężczyzn były miłość i przyjaźń ( $U$  Manna Whitneya = 2,575,  $p < 0,01$ ) oraz radość i zadowolenie ( $U$  Manna Whitneya = 3,144,  $p < 0,002$ ), natomiast inteligencja, bystrość umysłu ( $U$  Manna Whitneya = 2,171,  $p < 0,03$ ), wiedza i mądrość ( $U$  Manna Whitneya = 2,242,  $p < 0,03$ ).

0,02 ) oraz bogactwo i majątek ( $U$  Manna Whitneya = -1,992,  $p < 0,04$ ) okazały się być ważniejsze dla mężczyzn. Warto dodać, że w przypadku zdrowia jako wartości nie było istotnych różnic związanych z płcią badanych. Porównanie osób z różnych rodzajów szkół nie wykazało istotnych różnic.

Druga część skali LWO pozwala na ustalenie listy symboli szczęścia, tego, co decyduje o byciu szczęśliwym. Badani mieli do dyspozycji 9 takich symboli, a procedura wyboru wyglądała analogicznie, jak w pierwszej części skali. Średnie wartości rang wskazują, że dla badanej młodzieży o szczęściu decyduje po pierwsze udane życie rodzinne a po drugie dobre zdrowie. Ranking wszystkich symboli szczęścia wraz z zestawieniem poszczególnych ocen ważności zdrowia przedstawiono w Tabeli 6.16.

Tabela 6.16

Symbole szczęścia. Zestawienie średnich ocen ważności ( $n = 278$ ). Dla porównania w ostatniej kolumnie zamieszczono średnie oceny uzyskane w badaniu 758 osobowej grupy młodzieży w wieku 11-17 lat (Juczyński, 2001).

Symbol szczęścia	Średnia ocena ważności	Średnia ocena ważności (badania młodzieży, Juczyński, 2001)
Udane życie rodzinne	3,33	2,02
Dobre zdrowie	2,55	1,85
Duży krąg przyjaciół	1,91	2,09
Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	1,78	1,90
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	1,57	1,78
Życie pełne przygód, podróży	1,47	1,56
Sukcesy w nauce, pracy	1,15	1,89
Dobre warunki materialne	1,14	1,75
Sława, popularność	0,11	0,33

I w tym przypadku nie widać znacznych różnic pomiędzy wynikami badanej młodzieży i nieco młodszej grupy dzieci i młodzieży z badań Juczyńskiego (2001).

Kiedy porównano rankingi kobiet i mężczyzn okazało się, że dla kobiet w większym stopniu o szczęściu decyduje udane życie rodzinne ( $U$  Manna Whitneya = 2,394,  $p < 0,01$ ) a dla mężczyzn dobre warunki materialne ( $U$  Manna Whitneya = -2,800,  $p < 0,005$ ) oraz sława i popularność ( $U$  Manna Whitneya = -2,964,  $p < 0,003$ ). I znowu jeśli chodzi o znaczenie zdrowia nie stwierdzono różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dla których w jednakowym stopniu decyduje ono o szczęściu. Porównanie osób z różnych szkół ujawniło w tym przypadku jedną istotną różnicę w ocenie znaczenia bycia potrzebnym dla innych ludzi, ważniejszego dla uczniów technikum niż liceum, dla których jednocześnie było to ważniejsze niż dla uczniów liceum profilowanego (test Kruskala-Wallisa = 10,165,  $df = 2$ ,  $p < 0,006$ ). Natomiast znaczenie zdrowia było w tych grupach podobne.

Porównanie wyników Listy Wartości Osobistych osób zakwalifikowanych do skupień ze względu na posiadaną koncepcję zdrowia nie ujawniło żadnej istotnej statystycznie różnicy. Dla osób przypisujących zdrowiu stabilność (skupienie I) i osób przypisujących zdrowiu niestabilność (skupienie II) zdrowie miało podobną pozycję pośród innych wartości i wśród tych czynników, które decydują o szczęściu. Podobnie było w przypadku Listy Kryteriów Zdrowia, osoby różniące się koncepcją zdrowia wybierały podobne kryteria, decydujące o tym, co znaczy być zdrowym.

Ze względu na charakter danych ilustrujących koncepcję zdrowia badanej młodzieży w dalszych analizach brano pod uwagę jedynie przynależność do jednego z dwóch skupień wyodrębnionych na podstawie ocen na skali atrybutów zdrowia (przypisywanie zdrowiu stabilności albo niestabilności) jako czynnik różnicujący badanych ze względu na posiadaną koncepcję zdrowia.

#### **6.5. Zachowania prozdrowotne i ryzykowne u osób różniących się koncepcją zdrowia**

W celu ustalenia znaczenia, jakie ma posiadana koncepcja zdrowia dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, przeprowadzono analizę



wariancji dla poszczególnych czynników grupujących odpowiednie zachowania jako zmiennej zależnej i posiadanej koncepcji zdrowia (skupienie I – stabilność/skupienie II – niestabilność) jako czynnika różnicującego.

Nie stwierdzono istotnych różnic w przypadku zachowań ryzykownych, natomiast ujawniły się różnice w przypadku zachowań prozdrowotnych. Osoby przypisujące zdrowiu stabilność (skupienie I) podejmowały częściej niż osoby przypisujące zdrowiu niestabilność (skupienie II) zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne (czynnik I –  $F = 12,365$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ) oraz unormowanym trybem życia (czynnik IV –  $F = 4,323$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,04$ ).

#### **6.6. Oczekiwania dotyczące zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u osób różniących się koncepcją zdrowia**

W celu ustalenia znaczenia, jakie ma posiadana koncepcja zdrowia dla oczekiwań dotyczących zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy wariancji dla poszczególnych sumarycznych ocen zachowań w ramach czynników jako zmiennej zależnej i posiadanej koncepcji zdrowia (skupienie I – stabilność/skupienie II – niestabilność) jako czynnika różnicującego.

Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenach stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych, natomiast w przypadku oceny prozdrowotnej wartości zachowań ujawniła się tylko jedna różnica. Osoby przypisujące zdrowiu niestabilność (skupienie II) oceniały wyżej prozdrowotną wartość zdrowego odżywiania niż osoby przypisujące zdrowiu stabilność (skupienie I) ( $F = 6,116$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ ).

#### **6.7. Temperament a podejmowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

W celu ustalenia związków pomiędzy wymiarami temperamentu i podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy regresji wielokrotnej (metoda wprowadzania) dla poszczególnych kategorii (czynników) zachowań, w których

predyktorami były właściwości temperamentu. Wyniki przedstawiono w tabelach poniżej. Statystyki opisowe wyników badania temperamentu przedstawiono w aneksie nr 1.

Tabela 6.17

Cechy temperamentu jako wyznaczniki zachowań prozdrowotnych – wyniki analiz regresji wielokrotnej (n = 343)

Temperament	Czynnik I Troska o zdrowie psychiczne $R^2 = 0,133$ , $F = 8,609$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik II Zdrowe odżywianie $R^2 = 0,024$ , $F = 1,389$ , $df = 6$ , $p < 0,21$	Czynnik III Dbałość o zdrowie fizyczne $R^2 = 0,165$ , $F = 11,068$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Unormowany tryb życia $R^2 = 0,032$ , $F = 1,853$ , $df = 6$ , $p < 0,08$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Żwawość	0,096	0,009	0,177 **	0,154 **
Perseweratywność	0,101	0,066	0,106	0,067
Wrażliwość sensoryczna	-0,04	0,092	-0,043	0,036
Reaktywność	-0,313 ***	-0,009	-0,048	-0,073
Wytrzymłość	-0,039	-0,051	0,026	-0,136 *
Aktywność	0,115 *	0,089	0,291 ***	-0,068

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Znaczenie cech temperamentu okazało się być zróżnicowane dla poszczególnych grup zachowań prozdrowotnych, ujawniło się w przypadku trzech czynników, związanych z dbałością o zdrowie psychiczne i fizyczne oraz unormowanym trybem życia. Najwyraźniejsza, chociaż odwrotna zależność, ujawniła się pomiędzy reaktywnością i troską o zdrowie psychiczne, wskazująca na mniejsze nasilenie tego rodzaju zachowań u osób wysoko reaktywnych. Znaczącym wyznacznikiem tej formy zachowań a także dbałości o zdrowie fizyczne była również aktywność. W przypadku tej ostatniej formy zachowań ujawniło się w podobny sposób znaczenie żwawości, która była również

związana z unormowanym trybem życia. Zdecydowanie niskie wielkości wyjaśnianej wariancji (wartości  $R^2$ ) wskazują na raczej niewielkie znaczenie cech temperamentu jako wyznaczników zachowań prozdrowotnych.

Tabela 6.18

Cechy temperamentu jako wyznaczniki zachowań ryzykownych – wyniki analiz regresji wielokrotnej

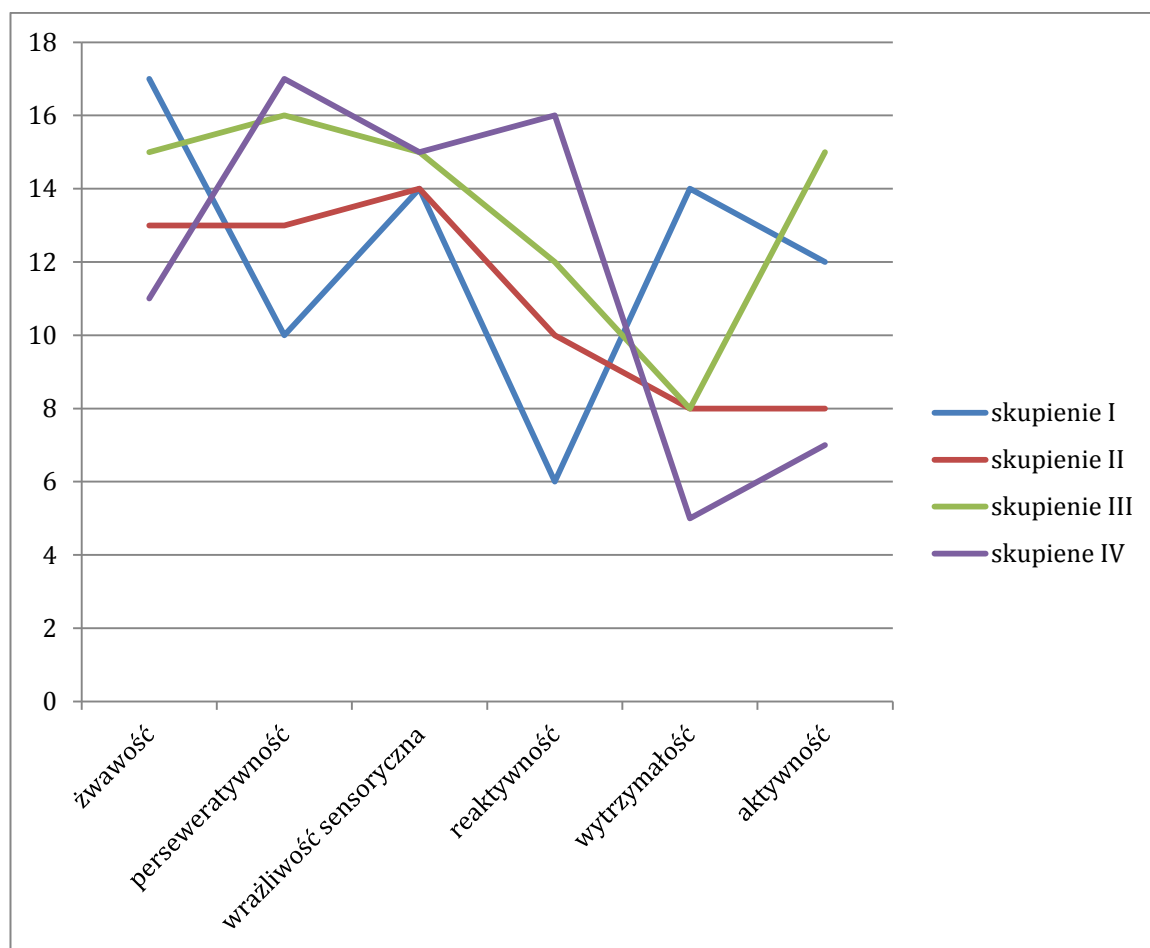
Temperament	Czynnik I Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie $R^2 = 0,093$ , $F = 5,789$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik II Zachowania zagrażające zdrowiu $R^2 = 0,271$ , $F = 20,882$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik III Zachowania „macho“ $R^2 = 0,164$ , $F = 10,990$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Sporty ekstremalne $R^2 = 0,134$ , $F = 8,688$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Żwawość	-0,082	-0,138 **	-0,124*	-0,025
Perseweratywność	-0,21 ***	-0,075	-0,199 ***	-0,086
Wrażliwość sensoryczna	-0,076	-0,032	-0,174 ***	-0,022
Reaktywność	0,129	0,014	0,007	-0,014
Wytrzymłość	0,032	0,057	0,124 *	0,102
Aktywność	0,263 ***	0,541 ***	0,241 ***	0,314 ***

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Najwyraźniejszym temperamentalnym wyznacznikiem zachowań ryzykownych okazała się być aktywność, której wysoki poziom wiązał się z częstszym podejmowaniem wszystkich form takich zachowań. Odwrotny związek ujawnił się w przypadku perseweratywności, osoby o wysokim poziomie tej cechy podejmowały rzadziej zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie oraz zachowania „macho“. Podobny

związek ujawnił się w przypadku zwawości i zachowań zagrażających zdrowiu oraz wrażliwości sensorycznej i zachowań „macho“. Ta ostatnia grupa zachowań była również powiązana z wytrzymałością, ale w tym przypadku zależność nie była odwrotna. Wprawdzie wielkości wyjaśnianej wariancji nie były duże, to jednak nieco większe niż w przypadku zachowań prozdrowotnych, co wskazuje na nieco większe znaczenie cech temperamentu dla zachowań ryzykownych.

W celu zweryfikowania hipotezy pierwszej i drugiej konieczne było wyodrębnienie grup osób różniących się strukturą temperamentu. Przeprowadzono analizę skupień na wynikach w ramach sześciu skal kwestionariusza temperamentu, metodą k-średnich przy przyjętej, zgodnie z koncepcją struktur temperamentu, liczbie czterech skupień. Wyniki przedstawiono na rysunku 6.5.



Rysunek 6.5

Struktury temperamentu wyodrębnione w badanej grupie adolescentów (metoda k-średnich,  $n = 344$ )

Tabela 6.19

Porównanie wyników kwestionariusza temperamentu w czterech wyodrębnionych skupieniach (ANOVA,  $df = 3,340$ )

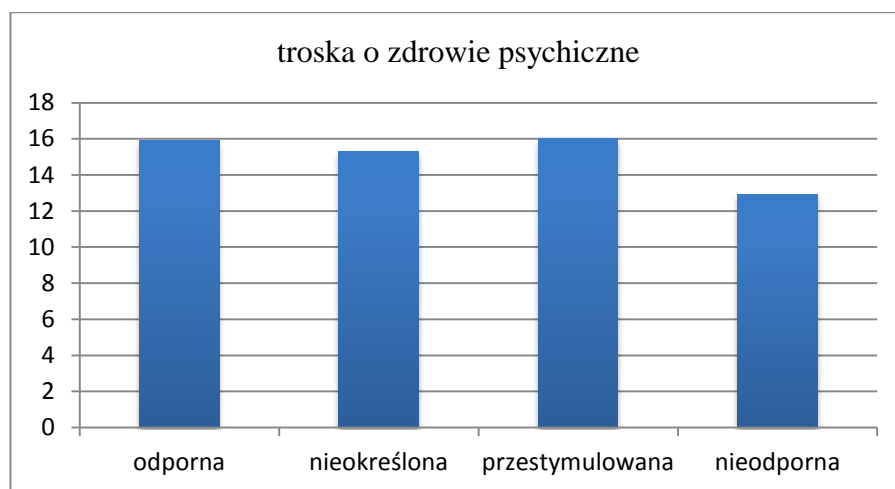
Cecha temperamentu	F
Żwawość	59,809 ***
Perseweratywność	97,305 ***
Wrażliwość sensoryczna	2,973 *
Reaktywność	218,083 ***
Wytrzymałość	104,440 ***
Aktywność	121,162 ***

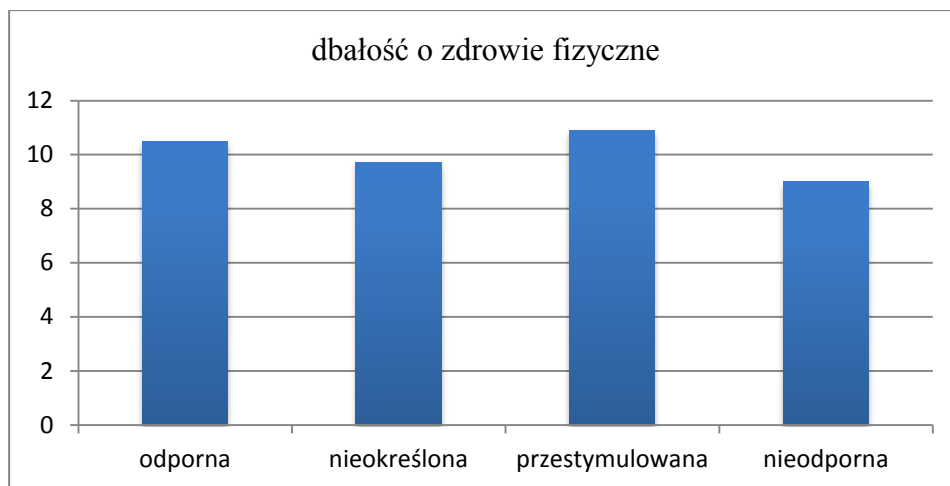
\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,001$  \*\*\*  $p < 0,001$

Wprawdzie wyodrębnione skupienia nie odpowiadają w pełni strukturom temperamentu opisanym przez Zawadzkiego i Strelaua (2003), jednak można mówić o zbliżonych lub zgodnych wynikach w przypadku trzech skupień. Skupienie I odpowiada strukturze odpornej (wysoka żwawość, wrażliwość sensoryczna, wytrzymałość i aktywność, niska perseweratywność i reaktywność), skupienie III – przestymulowanej (wysoka żwawość, perseweratywność, wrażliwość sensoryczna, reaktywność i aktywność, niska wytrzymałość), z jedną niewielką różnicą związaną z relatywnie niższym od innych cech poziomem reaktywności. Skupienie IV odpowiada strukturze nieodpornej (niska żwawość, wrażliwość sensoryczna, wytrzymałość i aktywność, wysoka perseweratywność i reaktywność) chociaż wysoki poziom wrażliwości sensorycznej nie zgadza się z opisem struktury. Układ wyników dla skupienia II jest trudny do jednoznacznego zakwalifikowania, większość mieści się mniej więcej pośrodku profili skupień, dlatego proponuje się uznać tę strukturę za nieokreśloną. Nie udało się zatem wyodrębnić niedostymulowanej struktury (wysoka wytrzymałość, pozostałe cechy niskie), ale jak piszą Zawadzki i Strelau (2003) struktura ta jest z natury mniej wyrazista psychologicznie i nie tak fundamentalna, jak pozostałe. Co więcej, ponieważ hipotezy pracy dotyczą wyłącznie struktury nieodpornej i przestymulowanej, przeprowadzono dalsze analizy porównujące

występowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u osób o różnych strukturach temperamentu.

W przypadku zachowań prozdrowotnych jednoczynnikowa analiza wariancji ujawniła istotne różnice tylko dla dwóch grup zachowań: troski o zdrowie psychiczne ( $F = 13,644$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,0001$ ) oraz dbałości o zdrowie fizyczne ( $F = 12,957$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,0001$ ). Testy post hoc ujawniły, że osoby cechujące się nieodporną strukturą temperamentu podejmowały działania związane z troską o zdrowie psychiczne zdecydowanie rzadziej niż osoby zakwalifikowane do pozostałych trzech struktur. Podobna tendencja ujawniła się w przypadku dbałości o zdrowie fizyczne, gdzie istotne różnice pojawiły się pomiędzy osobami z nieodporną strukturą temperamentu a osobami ze strukturą odporną i przestymulowaną (por. rys. 6.6). Ogólnie można powiedzieć, że osoby z nieodporną strukturą temperamentu podejmowały rzadziej niż inni zachowania prozdrowotne.

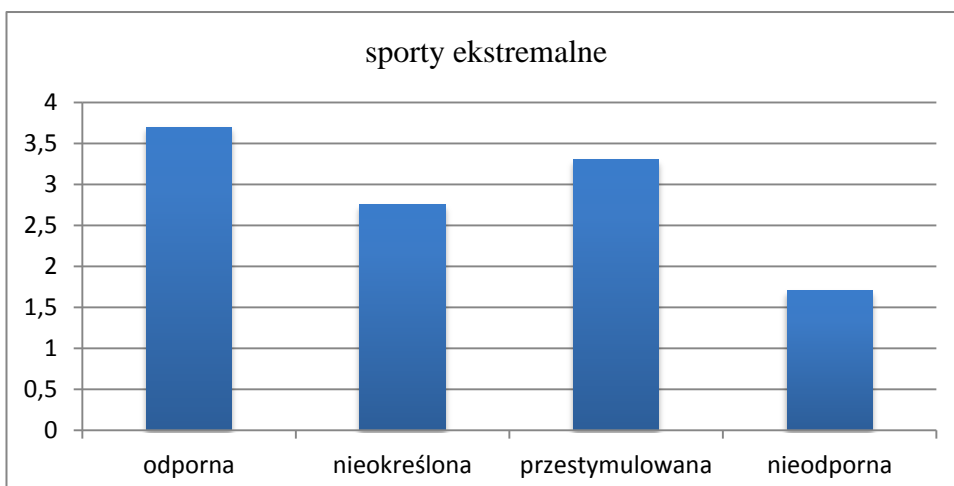
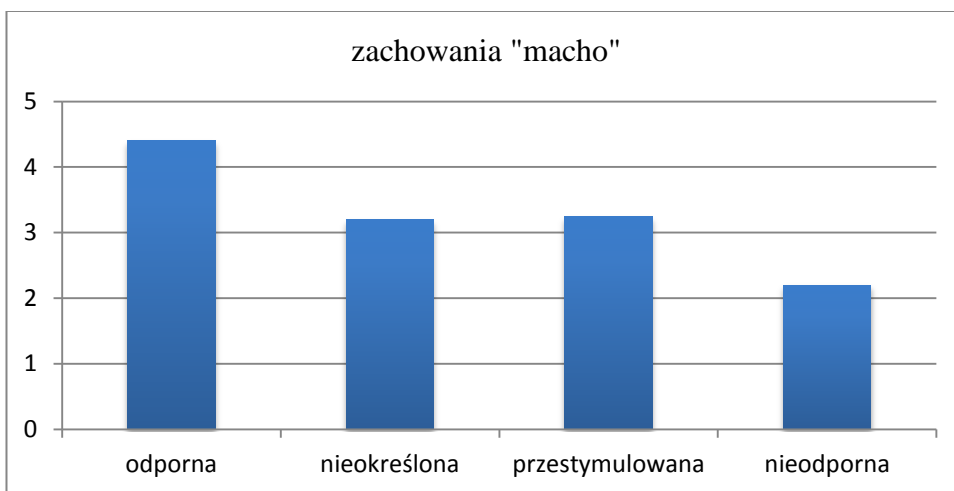
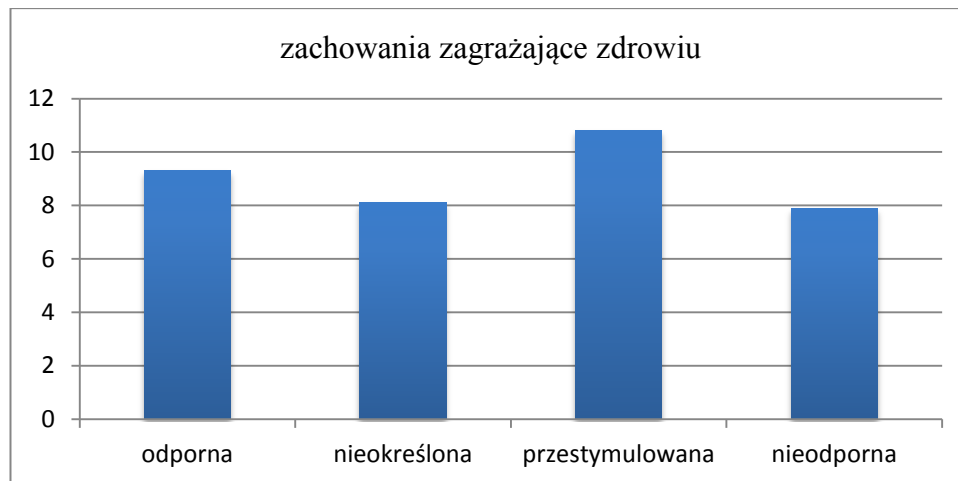




Rysunek 6.6

Struktury temperamentu a występowanie zachowań prozdrowotnych (ilustracja dla czynników, w których ujawniły się istotne różnice)

Dla zachowań ryzykownych istotne różnice ujawniły się w przypadku trzech grup zachowań, zachowań zagrażających zdrowiu ( $F = 8,620$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,0001$ ), zachowań „macho“ ( $F = 6,199$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,0001$ ) oraz sportów ekstremalnych ( $F = 9,624$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,0001$ ). Testy post hoc ujawniły, że osoby cechujące się nieodporną strukturą temperamentu podejmowały zachowania zagrażające zdrowiu oraz sporty ekstremalne rzadziej niż osoby z przestymulowaną strukturą temperamentu. Podobna tendencja ujawniła się pomiędzy osobami z nieodporną i odporną strukturą w przypadku zachowań „macho“ i sportów ekstremalnych. Większa częstotliwość zachowań zagrażających zdrowiu ujawniła się również u osób zakwalifikowanych do skupienia III (struktura przestymulowana) w porównaniu ze skupieniem II (struktura nieokreślona) (por. rys. 6.7). Ogólnie mówiąc, w przypadku osób cechujących się przestymulowaną strukturą temperamentu zaznaczyła się tendencja do częstszego podejmowania zachowań ryzykownych, a u osób z nieodporną strukturą odwrotnie.



Rysunek 6.7

Struktury temperamentu a występowanie zachowań ryzykownych (ilustracja dla czynników, w których ujawniły się istotne różnice)



## **6. 8. Temperament a ocena zachowań prozdrowotnych i ryzykownych.**

W celu oceny znaczenia cech temperamentu dla oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy regresji wielokrotnej, analogicznie jak w przypadku częstości występowania zachowań, ale dla sumarycznych ocen zachowań w poszczególnych czynnikach, jako zmiennych zależnych.

Tabela 6. 20

Cechy temperamentu jako wyznaczniki oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych – wyniki analiz regresji wielokrotnej.

Temperament	Czynnik I Troska o zdrowie psychiczne $R^2 = 0,091$ , $F = 5,654$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik II Zdrowe odżywianie $R^2 = 0,072$ , $F = 4,328$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik III Dbałość o zdrowie fizyczne $R^2 = 0,069$ , $F = 4,167$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Unormowany tryb życia $R^2 = 0,079$ , $F = 4,804$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Żwawość	0,049	-0,076	0,013	0,034
Perseweratywność	0,189 **	0,064	0,057	0,138 *
Wrażliwość sensoryczna	0,034	0,01	0,118 *	0,017
Reaktywność	0,066	0,105	0,093	0,095
Wytrzymłość	-0,105	-0,105	-0,114	-0,135 *
Aktywność	0,136 **	0,138 **	0,147 **	0,022

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Niskie wartości wyjaśnianej wariancji oraz niewiele istotnych współczynników beta wskazują, że ogólnie ujmując, cechy temperamentu nie są znaczącymi wyznacznikami oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych. Jednak w przypadku niektórych

cech ujawniły się istotne związki. Z nasileniem cechy aktywności wiąże się wyższa ocena zdrowotnej wartości troski o zdrowie psychiczne, zdrowego odżywiania oraz dbałości o zdrowie fizyczne. Perseweratywność ma znaczenie dla oceny troski o zdrowie psychiczne oraz unormowanego trybu życia, natomiast wysokiemu poziomowi wrażliwości sensorycznej towarzyszy niższa ocena zdrowotnej wartości unormowanego trybu życia.

Tabela 6. 21

Cechy temperamentu jako wyznaczniki oceny stymulującej wartości zachowań ryzykownych – wyniki analiz regresji wielokrotnej.

Temperament	Czynnik I Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie  $R^2 = 0,068$ , $F = 4,112$ , $df = 6$ , $p < 0,001$	Czynnik II Zachowania zagrożające zdrowiu  $R^2 = 0,20$ , $F = 14,048$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik III Zachowania „macho“  $R^2 = 0,077$ , $F = 4,567$ , $df = 6$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Sporty ekstremalne  $R^2 = 0,042$ , $F = 2,446$ , $df = 6$ , $p < 0,02$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Żwawość	-0,114	-0,174 **	-0,111	0,008
Perseweratywność	0,047	-0,025	-0,059	0,076
Wrażliwość sensoryczna	-0,153 **	-0,081	-0,153 **	-0,072
Reaktywność	-0,09	0,034	-0,051	-0,01
Wytrzymałość	-0,039	-0,118 *	0,016	0,035
Aktywność	0,16 **	0,428 ***	0,18 **	0,166 **

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

W przypadku stymulującej wartości zachowań ryzykownych najwyraźniej ujawniły się związki wszystkich ich form z aktywnością, osoby z wysokim poziomem tej cechy oceniały zachowania ryzykowne jako bardziej ekscytujące. Ujawniło się również kilka

odwrotnych zależności, osoby cechujące się wrażliwością sensoryczną oceniały niższą wartość stymulującą zachowań stymulujących nie akceptowanych społecznie oraz zachowań „macho“, natomiast te cechujące się żywotnością i wytrzymałością niższą oceniały ekscytujące właściwości zachowań zagrażających zdrowiu. Poza czynnikiem II (zachowania zagrażające zdrowiu) wielkości wyjaśnianej wariancji były jednak niewielkie.

Ogółem, biorąc pod uwagę wielkość wyjaśnianej wariancji można sformułować wniosek, że cechy temperamentu ujawniły się jako mało znaczący wyznacznik oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u badanej młodzieży.

## **6.9. Poczucie własnej skuteczności a podejmowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

Związki pomiędzy poczuciem własnej skuteczności badanych i podejmowaniem przez nich zachowań prozdrowotnych i ryzykownych ilustrują współczynniki korelacji, zamieszczone w tabelach poniżej. Statystyki opisowe znajdują się w aneksie nr 1.

Tabela 6.22

Korelacje pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i podejmowaniem zachowań prozdrowotnych (n = 344)

Zachowania prozdrowotne (czynniki)	Współczynnik korelacji Pearsona
Troska o zdrowie psychiczne	0,264 ***
Zdrowe odżywianie	0,060
Dbłość o zdrowie fizyczne	0,254 ***
Unormowany tryb życia	0,088

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Istotne związki poczucia własnej skuteczności ujawniły się w przypadku dwóch czynników obejmujących zachowania prozdrowotne. Nasileniu poczucia własnej skuteczności towarzyszy częstsze podejmowanie zachowań związanych z troską o zdrowie psychiczne i fizyczne.

Tabela 6. 23

Korelacje pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i podejmowaniem zachowań ryzykownych (n = 344)

Zachowania ryzykowne (czynniki)	Współczynnik korelacji Pearsona
Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie	0,034
Zachowania zagrażające zdrowiu	0,153 **
Zachowania „macho“	0,207 ***
Sporty ekstremalne	0,184 **

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Istotne związki poczucia własnej skuteczności ujawniły się w przypadku trzech czynników grupujących zachowania ryzykowne. Wyższemu poziomowi poczucia własnej skuteczności towarzyszyło częstsze podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu, zachowań „macho“ oraz sportów ekstremalnych.

Ogólnie można powiedzieć, że związki pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych są umiarkowane i podobne w przypadku obu form zachowań, chociaż obejmują więcej zachowań ryzykownych niż prozdrowotnych.

### **6.10. Subiektywna percepcja zdrowia a podejmowanie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

W celu ustalenia związków pomiędzy subiektywną percepcją zdrowia i podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy regresji wielokrotnej (metoda wprowadzania) dla poszczególnych czynników grupujących zachowania, w których predyktorami były wymiary subiektywnej percepcji zdrowia. Wyniki przedstawiono w tabelach poniżej. Statystyki opisowe dla poszczególnych wymiarów percepcji zdrowia znajdują się w aneksie nr 1.

Tabela 6.24

Wymiary subiektywnej percepcji zdrowia jako wyznaczniki zachowań prozdrowotnych – wyniki analiz regresji wielokrotnej.

Subiektywna percepcja zdrowia	Czynnik I Troska o zdrowie psychiczne $R^2 = 0,35$ , $F = 29,261$ , $df = 5$ , $p < 0,0001$	Czynnik II Zdrowe odżywianie $R^2 = 0,093$ , $F = 5,565$ , $df = 5$ , $p < 0,0001$	Czynnik III Dbałość o zdrowie fizyczne $R^2 = 0,272$ , $F = 20,361$ , $df = 5$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Unormowany tryb życia $R^2 = 0,058$ , $F = 3,339$ , $df = 5$ , $p < 0,01$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Pozytywne nastawienie	0,296 ***	0,163 *	0,153 *	0,007
Dyskomfort psychiczny	-0,368 ***	0,121	0,086	-0,010
Aktywność fizyczna	-0,089	-0,009	0,509 ***	0,024
Wrażliwość na innych	0,166 ***	0,124 *	0,055	0,041
Sprawność działania	0,025	0,168 *	-0,109	0,208 **

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Najwyraźniejszym wyznacznikiem zachowań prozdrowotnych okazało się pozytywne nastawienie, które wiązało się z nasileniem zachowań związanych z troską o zdrowie psychiczne, fizyczne oraz zdrowym odżywianiem. Sprawność działania wiązała się ze zdrowym odżywianiem i unormowanym trybem życia, aktywność fizyczna z dbałością o zdrowie fizyczne, a wrażliwość na innych z troską o zdrowie psychiczne i zdrowym odżywianiem. Ujawniła się również odwrotna zależność pomiędzy dyskomfortem psychicznym a troską o zdrowie psychiczne. Wielkość wyjaśnianej wariancji była zróżnicowana, w przypadku troski o zdrowie psychiczne i fizyczne – umiarkowana, w przypadku zdrowego odżywiania i unormowanego trybu życia – niska.

Tabela 6.25

Wymiary percepcji zdrowia jako wyznaczniki zachowań ryzykownych – wyniki analiz regresji wielokrotnej

Subiektywna percepcja zdrowia	Czynnik I Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie $R^2 = 0,023$ , $F = 1,308$ , $df = 5$ , $p < 0,261$	Czynnik II Zachowania zagrażające zdrowiu $R^2 = 0,072$ , $F = 4,218$ , $df = 5$ , $p < 0,001$	Czynnik III Zachowania „macho“ $R^2 = 0,139$ , $F = 8,767$ $df = 5$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Sporty ekstremalne $R^2 = 0,133$ , $F = 8,378$ , $df = 5$ , $p < 0,0001$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Pozytywne nastawienie	0,065	0,271 ***	0,154 *	-0,029
Dyskomfort psychiczny	0,031	0,215 **	0,091	0,026
Aktywność fizyczna	0,142	0,082	0,303 ***	0,420 ***
Wrażliwość na innych	-0,071	-0,070	-0,253 ***	-0,038
Sprawność działania	-0,102	-0,183 *	-0,126	-0,111

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Pozytywne nastawienie ujawniło się jako wyznacznik zachowań zagrażających zdrowiu oraz zachowań „macho” a aktywność fizyczna w przypadku sportów ekstremalnych i zachowań „macho”. Dyskomfort psychiczny był związany z nasileniem zachowań zagrażających zdrowiu podczas gdy sprawność działania ujawniła odwrotną zależność w przypadku tej formy zachowań. Niski stopień wrażliwości na innych był również powiązany z zachowaniami „macho”. Wielkość wyjaśnianej wariancji była zróżnicowana, w przypadku zachowań „macho” i sportów ekstremalnych – umiarkowana, w przypadku zachowań stymulujących i zagrażających zdrowiu – niska.

Ogółem, biorąc pod uwagę wielkość wyjaśnianej wariancji można sformułować wniosek, że subiektywna percepcja zdrowia ujawniła się jako raczej umiarkowanie znaczący wyznacznik zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u badanej młodzieży.

#### **6.11. Subiektywna percepcja zdrowia a ocena zachowań prozdrowotnych i ryzykownych**

W celu oceny znaczenia wymiarów subiektywnej percepcji zdrowia dla oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy regresji wielokrotnej, analogicznie jak w przypadku częstości występowania zachowań, ale dla sumarycznych ocen zachowań w poszczególnych czynnikach, jako zmiennych zależnych.

Tabela 6.26

Wymiary subiektywnej percepcji zdrowia jako wyznaczniki oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych – wyniki analiz regresji wielokrotnej.

Subiektywna percepcja zdrowia	Czynnik I Troska o zdrowie psychiczne $R^2 = 0,127$ , $F = 7,925$ df = 5, $p < 0,0001$	Czynnik II Zdrowe odżywianie $R^2 = 0,133$ , $F = 8,357$ , df = 5, $p < 0,0001$	Czynnik III Dbłość o zdrowie fizyczne $R^2 = 0,102$ , $F = 6,188$ , df = 5, $p < 0,0001$	Czynnik IV Unormowany tryb życia $R^2 = 0,136$ , $F = 8,752$ , df = 5, $p < 0,0001$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Pozytywne nastawienie	0,143	0,242 **	0,135	0,136
Dyskomfort psychiczny	0,281 ***	0,329 ***	0,265 ***	0,292 ***
Aktywność fizyczna	0,013	-0,134	0,070	-0,143 *
Wrażliwość na innych	0,229 ***	0,113	0,189 **	0,200 ***
Sprawność działania	0,093	0,076	0,069	0,076

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Najwyraźniejszym wyznacznikiem oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych okazał się dyskomfort psychiczny. Im większy dyskomfort tym wyższa ocena wartości wszystkich czterech form zachowań prozdrowotnych. Podobne związki ujawniły się w przypadku wrażliwości na innych, która nie była związana tylko z jednym czynnikiem – oceną zdrowego odżywiania. Natomiast w przypadku oceny tej formy zachowań wyznacznikiem okazało się pozytywne nastawienie. Ujawniła się również odwrotna zależność pomiędzy aktywnością fizyczną i oceną wartości unormowanego trybu życia.



Tabela 6.27

Wymiary percepcji zdrowia jako wyznaczniki oceny stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych – wyniki analiz regresji wielokrotnej.

Subiektywna percepcja zdrowia	Czynnik I Zachowania stymulujące nie akceptowane społecznie $R^2 = 0,038$ , $F = 2,124$ , $df = 5$ , $p < 0,063$	Czynnik II Zachowania zagrażające zdrowiu $R^2 = 0,047$ , $F = 2,674$ , $df = 5$ , $p < 0,022$	Czynnik III Zachowania „macho“ $R^2 = 0,085$ , $F = 5,041$ , $df = 5$ , $p < 0,0001$	Czynnik IV Sporty ekstremalne $R^2 = 0,076$ , $F = 4,492$ , $df = 5$ , $p < 0,001$
	Beta	Beta	Beta	Beta
Pozytywne nastawienie	0,153	0,191 *	0,183 *	-0,002
Dyskomfort psychiczny	0,174 *	0,220 **	0,207 **	0,086
Aktywność fizyczna	0,134	0,020	0,260 ***	0,224 **
Wrażliwość na innych	-0,025	-0,009	-0,078	0,186 **
Sprawność działania	-0,087	-0,084	-0,108	-0,045

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

W przypadku oceny stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych najwyraźniejszym wyznacznikiem okazał się dyskomfort psychiczny, związany z oceną zachowań stymulujących nie akceptowanych społecznie, zachowań zagrażających zdrowiu oraz zachowań „macho”. Pozytywne nastawienie było powiązane w wyższą oceną stymulacyjnej wartości zachowań zagrażających zdrowiu i zachowań „macho” a aktywność fizyczna w podobny sposób z oceną sportów ekstremalnych i zachowań „macho”. Wrażliwość na innych była powiązana z oceną sportów ekstremalnych.

Ogólnie, wprawdzie niektóre wymiary subiektywnej percepcji zdrowia były powiązane z oceną zachowań, to jednak niskie wartości wyjaśnianej wariancji wskazują,

że subiektywna percepcja zdrowia jest raczej umiarkowanym wyznacznikiem oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych.

#### **6.12. Koncepcja zdrowia a subiektywna percepcja zdrowia**

W celu ustalenia znaczenia, jakie ma posiadana koncepcja zdrowia dla subiektywnej percepcji zdrowia przeprowadzono analizę wariancji dla poszczególnych wymiarów percepcji zdrowia jako zmiennej zależnej i posiadanej koncepcji zdrowia (skupienie I - stabilność /skupienie II - niestabilność) oraz płci badanych i rodzaju szkoły jako zmiennych niezależnych.

Efekt główny koncepcji zdrowia ujawnił się w przypadku trzech wymiarów percepcji zdrowia. Osoby przypisujące zdrowiu niestabilność (skupienie II) oceniały wyżej swój dyskomfort psychiczny ( $F = 11,435$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ) oraz stopień wrażliwości na innych ( $F = 4,059$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,04$ ) niż osoby przypisujące zdrowiu stabilność (skupienie I), które z kolei wyżej od nich oceniały swoją aktywność fizyczną ( $F = 4,075$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,04$ ).

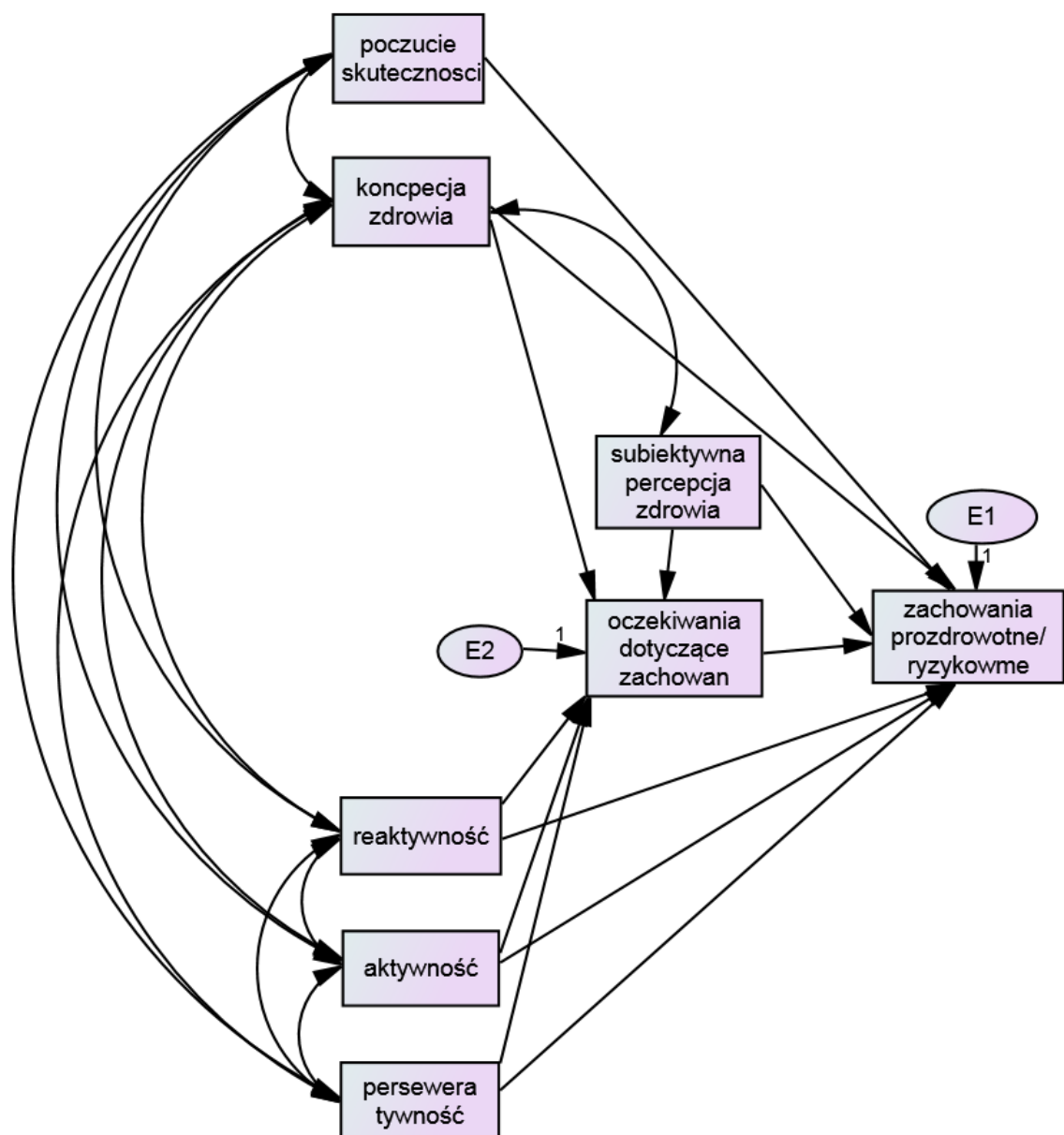
Zaobserwowano również efekt główny płci badanych w przypadku trzech wymiarów. Kobiety oceniały wyżej niż mężczyźni swój dyskomfort psychiczny ( $F = 4,594$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,03$ ) oraz stopień wrażliwości na innych ( $F = 8,449$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ ). Natomiast mężczyźni oceniali wyżej niż kobiety swój stopień aktywności fizycznej ( $F = 19,159$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ).

W przypadku pozytywnego nastawienia zaobserwowano efekt interakcji koncepcji zdrowia i płci badanych ( $F = 5,359$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,02$ ). Testy post hoc wykazały, że w grupie kobiet osoby przypisujące zdrowiu stabilność (skupienie I) oceniały wyżej swoje pozytywne nastawienie niż osoby przypisujące zdrowiu niestabilność (skupienie II). Natomiast w przypadku dyskomfortu psychicznego zaobserwowano efekt interakcji koncepcji zdrowia i rodzaju szkoły ( $F = 3,701$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,02$ ). W grupie uczniów liceum ogólnokształcącego oraz technikum osoby przypisujące zdrowiu niestabilność (skupienie II) oceniały wyżej swój stopień dyskomfortu psychicznego. Jednocześnie analiza wykazała, że wśród osób przypisujących zdrowiu niestabilność uczniowie liceum

ogólnokształcącego a także technikum oceniały wyżej swój stopień dyskomfortu niż uczniowie liceum profilowanego. Analiza wariancji nie ujawniła żadnego istotnego efektu w przypadku sprawności działania.

### **6.13. Temperamentalne i poznawcze wyznaczniki zachowań prozdrowotnych i ryzykownych – weryfikacja całościowego modelu zależności**

W celu weryfikacji całościowego modelu zależności opisującego mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przeprowadzono analizy ścieżek dla poszczególnych form zachowań. Model, w ogólnej formie, nie uwzględniającej konkretnych rodzajów zachowań, przedstawiono na rysunku 6.6 natomiast wyniki analizy ścieżek dla poszczególnych zachowań przedstawiono w oddzielnych tabelach.



Rysunek 6.8

Temperamentalne i poznawcze wyznaczniki zachowań prozdrowotnych i ryzykownych – model weryfikowany w analizie ścieżek

W modelu uwzględniono trzy wymiary temperamentu, których charakterystyka, przedstawiona przez Zawadzkiego i Strelaua (1997), pozwala oczekiwać, że mogą mieć one znaczenie z punktu widzenia podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych. Były to kolejno reaktywność, czyli wymiar determinujący wielkość lub siłę reakcji, aktywność, wyznaczająca ilość i zakres podejmowanych działań o określonej wartości stymulacyjnej, oraz perseweratywność, określająca tendencję do trwania i powtarzania danego zachowania. Zmienna koncepcja zdrowia była dwuwartościowa, a jej wartości odpowiadały przynależności do jednego z dwóch wyodrębnionych skupień, osób przypisujących zdrowiu stabilność i osób przypisujących mu niestabilność. Zmienna subiektywna percepcja zdrowia została utworzona jako sumaryczny wynik czterech zmiennych mierzonych kwestionariuszem, które weszły w skład pierwszego, niezrotowanego czynnika w analizie czynnikowej przeprowadzonej na poszczególnych skalach kwestionariusza. Ustalenie takiego czynnika umożliwiło zidentyfikowanie tych skal kwestionariusza, których wyniki można potraktować łącznie. Były to: pozytywne nastawienie (ładunek czynnikowy 0,827), dyskomfort psychiczny (wynik odwrócony, ładunek czynnikowy -0,736), aktywność fizyczna (ładunek czynnikowy 0,746) oraz sprawność działania (ładunek czynnikowy 0,801). Ze względu na wyraźną poprawę parametrów modelu przyjęto skorelowanie wszystkich zmiennych egzogennych. W sumie przeprowadzono osiem analiz, dla poszczególnych form zachowań i odpowiadających im oczekiwań, a ich wyniki przedstawiono kolejno w tabelach. Wartości współczynników ścieżkowych oraz oszacowania efektu pośredniego są wartościami standaryzowanymi.

W przypadku wszystkich ośmiu branych pod uwagę form zachowań, prozdrowotnych i ryzykownych, zgrupowanych w ramach czynników, testowane modele miały zadowalające parametry dobroci dopasowania, co świadczy, że uwzględnione w pracy wyznaczniki zachowań oraz oczekiwane relacje pomiędzy nimi zostały dobrane w sposób dość trafny, chociaż nie można mówić o pełnym dopasowaniu modeli do danych empirycznych.

Tabela 6.28

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych polegających na trosce o zdrowie psychiczne (czynnik I)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	94,879***
GFI	0,931
AGFI	0,506
NFI	0,811
RMSEA	0,256
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > troska o zdrowie psychiczne	-0,071
Koncepcja zdrowia > troska o zdrowie psychiczne	-0,111*
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,033
Subiektywna percepcja zdrowia > troska o zdrowie psychiczne	0,408**
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,142**
Oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,268**
Reaktywność > troska o zdrowie psychiczne	-0,236**
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,204**
Aktywność > troska o zdrowie psychiczne	0,006
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,127**
Perseweratywność > troska o zdrowie psychiczne	0,049
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,216*
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,009

Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,038**
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,055**
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,034**
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > troska o zdrowie psychiczne	0,058*

\* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Znaczącymi wyznacznikami troski o zdrowie psychiczne okazały się koncepcja zdrowia, subiektywna percepcja zdrowia, oczekiwania dotyczące zachowań oraz reaktywność. Osoby przypisujące zdrowiu niestabilność, oceniające lepiej swoje aktualne zdrowie, mające silne przekonania o prozdrowotnej wartości troski o zdrowie psychiczne i cechujące się niską reaktywnością podejmowały częściej zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne. Ujawnił się również bardzo wyraźny efekt pośredniczący oczekiwań dotyczących zachowań w relacji pomiędzy cechami temperamentu (reaktywnością, aktywnością i perseweratywnością) i zachowaniami polegającymi na trosce o zdrowie psychiczne z jednej strony, oraz subiektywną percepcją zdrowia i tymi zachowaniami, z drugiej.

Tabela 6.29

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych polegających na zdrowym odżywianiu (czynnik II)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,025***
GFI	0,934
AGFI	0,522

NFI	0,798
RMSEA	0,252
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > zdrowe odżywianie	0,037
Koncepcja zdrowia > zdrowe odżywianie	0,008
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,107
Subiektywna percepcja zdrowia > zdrowe odżywianie	0,254**
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,009
Oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,452**
Reaktywność > zdrowe odżywianie	0,058
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,188*
Aktywność > zdrowe odżywianie	-0,079
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,166**
Perseweratywność > zdrowe odżywianie	0,027
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,099
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,048
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,004
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,085*
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,075**
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zdrowe odżywianie	0,045

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001



W przypadku zachowań prozdrowotnych polegających na zdrowym odżywianiu znaczącymi wyznacznikami okazały się być jedynie subiektywna percepcja zdrowia oraz oczekiwania dotyczące zachowań. Zachowania te były podejmowane częściej przez osoby oceniające lepiej swoje aktualne zdrowie, mające silniejsze przekonanie o prozdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań. Ujawniła się również pośrednicząca rola oczekiwań dotyczących zachowań w relacji pomiędzy cechami temperamentu, reaktywnością i aktywnością i zdrowym odżywianiem.

Tabela 6.30

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych polegających na dbałości o zdrowie fizyczne (czynnik III)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	95,037***
GFI	0,931
AGFI	0,505
NFI	0,79
RMSEA	0,256
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > dbałość o zdrowie fizyczne	0,026
Koncepcja zdrowia > dbałość o zdrowie fizyczne	-0,036
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,074
Subiektywna percepcja zdrowia > dbałość o zdrowie fizyczne	0,329**
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,202**
Oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,098
Reaktywność > dbałość o zdrowie fizyczne	0,044
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,321**

Aktywność > dbałość o zdrowie fizyczne	0,218**
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,134*
Perseweratywność > dbałość o zdrowie fizyczne	0,065
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,043
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,007
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,020
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,031
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,013
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > dbałość o zdrowie fizyczne	0,004

\* $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

Znaczącymi wyznacznikami zachowań polegających na dbałości o zdrowie fizyczne okazały się być subiektywna percepcja zdrowia oraz jedna z cech temperamentu – aktywność. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby oceniające wyżej swoje aktualne zdrowie i cechujące się wyższym poziomem aktywności. W przypadku tej formy zachowań nie ujawnił się efekt pośredniczący oczekiwań dotyczących zachowań.

Tabela 6.31

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań prozdrowotnych polegających na unormowanym trybie życia (czynniki IV)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,022***
GFI	0,934
AGFI	0,522
NFI	0,781
RMSEA	0,252
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > unormowany tryb życia	0,009
Koncepcja zdrowia > unormowany tryb życia	-0,108*
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,046
Subiektywna percepcja zdrowia > unormowany tryb życia	0,268**
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,002
Oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,273**
Reaktywność > unormowany tryb życia	0,017
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,174*
Aktywność > unormowany tryb życia	-0,144*
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,022
Perseweratywność > unormowany tryb życia	0,03
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,179*
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,013

Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,000
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,047*
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,006
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > unormowany tryb życia	0,049*

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

Dla zachowań prozdrowotnych polegających na prowadzeniu unormowanego trybu życia znaczącymi wyznacznikami okazały się być koncepcja zdrowia, subiektywna percepcja zdrowia, oczekiwania dotyczące zachowań oraz jedna z cech temperamentu – aktywność. Większą skłonność do prowadzenia unormowanego trybu życia wykazały osoby przypisujące zdrowiu niestabilność, oceniające wyżej swój aktualny stan zdrowia, mające silniejsze przekonanie o prozdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności. Ujawnił się również pośredniczący efekt oczekiwań dotyczących zachowań w relacji pomiędzy temperamentalnymi cechami reaktywności i perseweratywności i podejmowaniem zachowań polegających na prowadzeniu unormowanego trybu życia.

Tabela 6.32

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań ryzykownych, stymulujących, nie akceptowanych społecznie (czynniki I)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,027***
GFI	0,934
AGFI	0,522
NFI	0,802

RMSEA	0,252
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	-0,064
Koncepcja zdrowia > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	-0,046
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,022
Subiektywna percepcja zdrowia > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,019
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,09
Oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,472**
Reaktywność > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,179*
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,142
Aktywność > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,212**
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,198*
Perseweratywność > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	-0,261**
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,067
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,01
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	-0,043
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	-0,067

Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,093*
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie	0,032

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

W przypadku zachowań ryzykownych, stymulujących, nie akceptowanych społecznie, znaczącymi wyznacznikami okazały się być oczekiwania dotyczące zachowań oraz cechy temperamentu. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby przypisujące im większą wartość stymulacyjną, cechujące się wyższą reaktywnością, aktywnością i niższą perseweratywnością. Ujawnił się również pośredniczący efekt oczekiwań dotyczących zachowań w relacji pomiędzy temperamentalną cechą aktywności i podejmowaniem zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie.

Tabela 6.33

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań ryzykownych zagrażających zdrowiu (czynnik II)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,481***
GFI	0,933
AGFI	0,52
NFI	0,843
RMSEA	0,252
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > zachowania zagrażające zdrowiu	0,034
Koncepcja zdrowia > zachowania zagrażające zdrowiu	0,009

Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,021
Subiektywna percepcja zdrowia > zachowania zagrażające zdrowiu	-0,183**
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,188**
Oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	0,400**
Reaktywność > zachowania zagrażające zdrowiu	-0,066
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,048
Aktywność > zachowania zagrażające zdrowiu	0,374**
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,461**
Perseweratywność > zachowania zagrażające zdrowiu	-0,053
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,029
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	-0,008
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	-0,075**
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	0,019
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	0,184**
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania zagrażające zdrowiu	0,012

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

Znaczącymi wyznacznikami zachowań ryzykownych zagrażających zdrowiu okazały się być subiektywna percepcja zdrowia, oczekiwania dotyczące zachowań oraz temperamentalna cecha aktywności. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby oceniające niżej swoje aktualne zdrowie, mające silniejsze przekonanie o

stymulującej wartości takich zachowań oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności. Subiektywna percepcja zdrowia oraz aktywność ujawniły również swój wpływ na podejmowanie zachowań ryzykownych zagrażających zdrowiu pośrednio, poprzez oczekiwania dotyczące zachowań.

Tabela 6.34

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań ryzykownych typu „macho“ (czynniki III)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,896***
GFI	0,933
AGFI	0,517
NFI	0,804
RMSEA	0,253
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > zachowania „macho“	0,117
Koncepcja zdrowia > zachowania „macho“	-0,053
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,054
Subiektywna percepcja zdrowia > zachowania „macho“	-0,005
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,000
Oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	0,421**
Reaktywność > zachowania „macho“	0,088
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,066
Aktywność > zachowania „macho“	0,129
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,199*
Perseweratywność > zachowania „macho“	-0,265**



Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,078
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	0,023
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	0,000
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	-0,028
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	0,084*
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > zachowania „macho“	-0,033

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

W przypadku zachowań ryzykownych typu „macho“ znaczącymi wyznacznikami okazały się być jedynie oczekiwania dotyczące zachowań oraz temperamentalna cecha perseweratywności. Zachowania te były podejmowane częściej przez osoby przypisujące im większą wartość stymulacyjną, cechujące się niższym poziomem perseweratywności. Ujawnił się również pośredniczący efekt oczekiwań dotyczących zachowań w relacji pomiędzy temperamentalną cechą aktywności i zachowaniami ryzykownymi typu „macho“.

Tabela 6.35

Parametry analizy ścieżek dla modelu opisującego mechanizm podejmowania zachowań ryzykownych polegających na podejmowaniu sportów ekstremalnych (czynnik IV)

Właściwości modelu	
Chi <sup>2</sup>	92,019***
GFI	0,934
AGFI	0,522

NFI	0,801
RMSEA	0,252
Współczynniki ścieżkowe	
Poczucie własnej skuteczności > sporty ekstremalne	-0,021
Koncepcja zdrowia > sporty ekstremalne	0,002
Koncepcja zdrowia > <subiektywna percepcja zdrowia	-0,16
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,081
Subiektywna percepcja zdrowia > sporty ekstremalne	0,029
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań	0,067
Oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	0,433**
Reaktywność > sporty ekstremalne	-0,044
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	-0,053
Aktywność > sporty ekstremalne	0,218**
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,163*
Perseweratywność > sporty ekstremalne	-0,155
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań	0,092
Oszacowania efektu pośredniego	
Koncepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	0,035
Subiektywna percepcja zdrowia > oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	0,029
Reaktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	-0,023
Aktywność > oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	0,071*
Perseweratywność > oczekiwania dotyczące zachowań > sporty ekstremalne	0,04

\*p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

Dla zachowań ryzykownych polegających na podejmowaniu sportów ekstremalnych znaczącymi wyznacznikami okazały się być jedynie oczekiwania dotyczące zachowań oraz temperamentalna cecha aktywności. Częściej podejmowały sporty ekstremalne osoby przypisujące tego rodzaju aktywności większą wartość stymulacyjną oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności. Cecha ta ujawniła również swój wpływ na podejmowanie sportów ekstremalnych pośrednio, poprzez oczekiwania dotyczące zachowań.

Podsumowując analizowane modele zależności warto podkreślić, że układ znaczących wyznaczników był różny w przypadku poszczególnych zachowań, ale obejmował zawsze obie ogólne kategorie – poznawcze i temperamentalne. Najczęściej (7 na 8 form zachowań) ujawniającym się znaczącym wyznacznikiem były oczekiwania dotyczące zachowań. Spośród cech temperamentu najczęściej (5 na 8 form zachowań) ujawniła swój wpływ aktywność. Z drugiej strony warto zwrócić uwagę na to, że poczucie własnej skuteczności nie ujawniło się jako znaczący predyktor w przypadku żadnej z analizowanych form zachowań prozdrowotnych czy ryzykownych, co wskazuje, że jest ono czynnikiem bez znaczenia dla tego rodzaju zachowań.

## Rozdział 7

### Podsumowanie i dyskusja wyników

Z punktu widzenia planowania efektywnych działań profilaktycznych ważne jest oszacowanie występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych wśród młodzieży. Stąd sformułowanie pytania o **częstości występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych wśród młodzieży (pytanie badawcze 1)**. Wyniki wskazują, że spośród wszystkich form zachowań promujących zdrowie dominują zachowania realizujące zasady elementarnej higieny fizycznej i psychicznej (mycie rąk, odpowiedni ubiór, budowanie dobrych relacji z innymi, dbałość o wypoczynek), które były podejmowane przez większość młodych ludzi. Stosunkowo często podejmowane były również przez młodych ludzi zachowania związane ze zdrowym trybem życia (aktywność fizyczna, dbanie o dobry stan psychiczny, zdrowe jedzenie, odpowiedni czas na sen). Natomiast typowe działania profilaktyczne (unikanie złych emocji i stresu, ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych, regularne badania lekarskie) były tymi z zachowań prozdrowotnych, które były podejmowane przez niewielką liczbę uczniów. Powyższe rezultaty są spójne z badaniami ogólnopolskimi. Badania profilaktyczne wykonuje się najrzadziej (dane CBOS, 2012) natomiast inne zachowania związane ze zdrowiem są stosunkowo powszechne i wzrasta świadomość znaczenia ich podejmowania także u młodych ludzi (HBSC, 2011). W przypadku unikania węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych przez uczniów nie można wykluczyć negatywnych wzorców ze strony rodziców, proponujących często dzieciom dietę bogatą w te substancje.

Analiza różnic wewnątrzgrupowych w zakresie zachowań prozdrowotnych zgrupowanych w ramach czterech czynników wskazuje, że u wszystkich badanych, bez względu na płeć i typ szkoły, do jakiej uczęszczają, zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne były równie częste. Natomiast zdrowe odżywianie i prowadzenie unormowanego trybu życia było bardziej charakterystyczne dla kobiet. Wyniki badań przytaczane przez Oleszkowicz i Senejko (2013) wskazują na podobny trend - przywiązywanie większego znaczenia do wagi ciała przez nastoletnie dziewczęta.

Nieco inaczej wygląda zestawienie występowania zachowań ryzykownych u badanej młodzieży. Do zachowań podejmowanych przez większość badanych należało

tylko jedno - jazda na rowerze lub rolkach bez kasku. Nieliczne zachowania także stosunkowo często podejmowane to przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle, pozostawianie poza domem do późna w nocy oraz picie alkoholu. Są to działania wynikające z beztroski; jest możliwe, że nie są one postrzegane przez młodzież jako zachowania ryzykowne. W mniemaniu młodzieży, to raczej zachowania powszechne i związane z zabawą (imprezami). Można by je ująć jako zachowania związane z problemami wychowawczymi, ale w przypadku osób pełnoletnich są inaczej postrzegane przez samych zainteresowanych – przecież nie odbiegają one od powszechnie przyjętych norm zachowania u młodych ludzi, którzy stoją już u progu dorosłości. Na częste występowanie używania alkoholu przez młodzież wskazują także wyniki innych badań (por. Gaś, 2006; HBSC, 2011).

Zdecydowana większość zachowań ryzykownych zawartych w kwestionariuszu była podejmowana przez niewielką liczbę badanych. Najrzadziej, bo przez mniej niż jeden procent badanych, były podejmowane zachowania o dużej wartości stymulacyjnej, takie jak balansowanie na barierce mostu, skoki na bungee czy branie narkotyków. Były to zachowania należące do dwóch kategorii: związane z niezwykłą, nietypową rozrywką (tutaj ważna jest także dostępność do takich rozrywek i sportów ekstremalnych) lub też związane z łamaniem prawa (np. używanie substancji psychoaktywnych). Stosując terminologię Arnetta (1992, 1996), można je uznać jako zachowania brawurowe czy lekkomyślne, związane z dostarczaniem sobie silnej stymulacji poprzez brawurę.

Zatem wbrew dość rozpowszechnionemu w literaturze pogładowi, że podejmowanie ryzyka jest zachowaniem charakterystycznym dla młodzieży, występowanie tego rodzaju zachowań w badanej grupie nie było częste. Można raczej sformułować wniosek, że podejmowanie zachowań ryzykownych, szczególnie tych znaczniejszych, o dużej wartości stymulacyjnej, jest charakterystyczne dla niewielkiego odsetka młodzieży, przynajmniej w grupie objętej badaniami.

Analiza różnic wewnątrzgrupowych, uwzględniająca zachowania ryzykowne zgrupowane w ramach czterech czynników, wskazuje przede wszystkim na znaczenie płci badanych. Zarówno zachowania stymulujące, nie akceptowane społecznie, jak i zachowania „macho” oraz sporty ekstremalne były podejmowane częściej przez mężczyzn niż przez kobiety. Jest to zgodne z wynikami, które pokazują, że zachowania ryzykowne występują częściej u płci męskiej (m.in. Bobrowski, 2006; Mazur, Małkowska-Szcutnik,

2011; Poprawa, 2008; HBSC, 2011). Dodatkowo, w zakresie zachowań zagrażających zdrowiu oraz uprawiania sportów ekstremalnych, okazało się, że uczniowie technikum podejmowali takie formy aktywności częściej niż pozostali uczniowie, co może świadczyć o znaczeniu czynnika przynależności do grupy społecznej dla podejmowania zachowań ryzykownych, ale wniosek ten należy traktować z ostrożnością.

Podsumowując ogólnie wyniki dotyczące występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych w badanej grupie młodzieży, można zwrócić uwagę na przewagę, w sensie częstości występowania, tego pierwszego rodzaju zachowań. Wygląda na to, że adolescenti, ogólnie rzecz biorąc, bardziej dbają o zdrowie niż ryzykują zdrowiem, a jeżeli już podejmują zachowania ryzykowne, to dotyczy to bardziej mężczyzn niż kobiet. Oczywiście warto zwrócić uwagę, że mogła się tutaj ujawnić zmienna aprobaty społecznej. Badano deklaracje na temat zachowań, a zatem w przypadku niektórych zachowań nieakceptowanych społecznie, osoby badane mogły nie chcieć ich ujawnić.

Istotne wydaje się również przyjrzenie się czynnikom sprzyjającym podejmowaniu zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, ustalenie powodów, dla których młodzi ludzie decydują się chronić i dbać o swoje zdrowie, albo wystawiać go na szwank. Literatura omówiona we wcześniejszych rozdziałach przypisuje dużą rolę przekonaniom dotyczącym zachowań. Dlatego też kolejnym celem pracy była ocena, **jakie są oczekiwania młodzieży odnośnie do podejmowanych zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badawcze 2)**. Generalnie w zakresie zdecydowanej większości uwzględnionych w badaniu zachowań prozdrowotnych, większość adolescentów uznała, że mają one dużą wartość z punktu widzenia dbałości o zdrowie. Można uznać to za istotny czynnik odpowiedzialny za to, że w badanej grupie stwierdzono częste podejmowanie wielu form zachowań prozdrowotnych.

Bardziej zróżnicowane były oczekiwania dotyczące zachowań ryzykownych. Zachowaniami uznanymi za bardzo ekscytujące przez dużą część młodzieży były przede wszystkim wybrane formy sportów ekstremalnych, np. skoki ze spadochronem, skoki na bungee, brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie, nurkowanie, jazda motocyklem, wspinaczka wysokogórska, uprawianie sztuk walki. Z innych form zachowań uznano za takie pozostawanie poza domem do późna w nocy. Natomiast mniejsza liczba badanych uznała jako ekscytujące zachowania będące przejawem braku ostrożności (przekraczanie dozwolonej prędkości, uprawianie seksu bez zabezpieczenia) lub związane z substancjami

psychoaktywnymi (picie alkoholu, palenie marihuany). Najmniej badanych wskazało pod tym względem na zachowania antyzdrowotne (używanie dopalaczy, przejadanie się), będące przejawami brawury (przechodzenie na czerwonym świetle) oraz związane z łamaniem norm (wdawanie się w bójki, prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu).

Stwierdzono również pewne różnice wewnątrzgrupowe w zakresie oczekiwań dotyczących zachowań prozdrowotnych i ryzykownych zgrupowanych w ramach czynników. W przypadku zachowań ryzykownych (ocena stymulującej wartości zachowań) - licealiści oceniali wyżej wartość stymulacyjną zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie niż chłopcy z liceum profilowanego czy technikum. Może to być spowodowane znaczeniem czynnika przynależności do grupy społecznej, ale wniosek ten, o czym już pisano, należy traktować z ostrożnością. Jednocześnie pośród licealistów zachowania te były uznane za bardziej stymulujące przez chłopców niż przez dziewczęta. W grupie uczniów liceum mężczyźni oceniali zachowania zagrażające zdrowiu jako bardziej stymulujące niż kobiety. Natomiast w przypadku zachowań „macho” mężczyźni ogółem oceniali te zachowania jako stymulujące zdecydowanie częściej niż kobiety. Zachowania wymienione powyżej są bardziej charakterystyczne dla chłopców. W ocenach sportów ekstremalnych nie było różnic w zależności od płci czy typu szkoły do jakiej młodzież uczęszcza.

Pod względem oczekiwań związanych z zachowaniami ryzykownymi obraz badanej młodzieży jest spójny z wynikami uzyskanymi w badaniach Bobrowskiego (2006), HBSC 2010 (2011) czy Mellibrudy (2011). Zdaniem Koczurowskiej (2012) pomimo większej wiedzy wśród młodzieży o substancjach psychoaktywnych i ich szkodliwym działaniu w porównaniu z dorosłymi, dorastający spostrzegają je jako coś przyjemnego i pożytecznego. Podobnie jest w przypadku zachowań seksualnych, młodzież nie wierzy w ryzykowność tych działań. Najczęstszym motywem podejmowania takich działań, według tej autorki jest ciekawość, dopiero na drugim – presja rówieśników.

W zakresie oczekiwań dotyczących zachowań prozdrowotnych ujawnił się wyraźnie czynnik płci, kobiety oceniali wyżej prozdrowotną wartość troski o zdrowie psychiczne, zdrowego odżywiania, dbałości o zdrowie fizyczne oraz zdrowego odżywiania. Ogółem można powiedzieć, że płeć okazała się być czynnikiem różnicującym oczekiwania dotyczące zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych oraz ekscytującej wartości ryzykownych. Jednocześnie ogółem oceny zachowań ryzykownych okazały się

być bardziej zróżnicowane niż zachowań prozdrowotnych, których zdecydowana większość została uznana za sprzyjającą zdrowiu. W grupie zachowań ryzykownych ujawniła się mniejsza część uznanych za bardzo ekscytujące i większa oceniona niżej pod tym względem.

Analizy mające na celu **ustalenie związków pomiędzy oczekiwaniami związanymi z zachowaniami i ich podejmowaniem (pytanie badawcze 3)** wskazały na istnienie wyraźnych, znaczących pozytywnych zależności pomiędzy poszczególnymi formami zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a oczekiwaniami odnośnie tych zachowań.

W obszarze zachowań prozdrowotnych potwierdziły się wyraźnie oczekiwane zależności w przypadku wszystkich czterech branych pod uwagę czynników grupujących zachowania - im silniejsze są oczekiwania dotyczące zdrowotnej wartości zachowań, tym częściej zachowania takie są podejmowane (troska o zdrowie psychiczne, zdrowe odżywianie, dbałość o zdrowie fizyczne, unormowany tryb życia). Tak więc potwierdziła się hipoteza, zgodnie z którą **częstotliwość występowania zachowań prozdrowotnych wiąże się pozytywnie z wyższą oceną zdrowotności zachowań (hipoteza 4)**. Jest to zgodne z tezami zawartymi w modelu podejmowania zachowań prozdrowotnych Schwarzera (1997), a także wynikami badań mówiącymi o tym, że pozytywne oczekiwania dotyczące efektów działania są istotnym czynnikiem podjęcia tego działania – w przypadku czynności detekcyjnych (Łuszczynska, 2004), dotyczących rezultatów aktywności fizycznej (Steinhardt, Dishman, 1989; Whaley, 2003) czy też stosowania odpowiedniej diety (Renner, Knoll, Schwarzer, 2000).

Z pewnością jednym z czynników warunkujących podejmowanie zachowań ryzykownych jest poszukiwanie wrażeń i doznań. Wydaje się, że motywem podejmowania takich zachowań jest poszukiwanie przyjemności i hedonizm. Wyniki badanej grupy młodzieży wskazują bardzo jednoznacznie, że im bardziej dane zachowanie jest oceniane jako ekscytujące, tym częściej jest ono podejmowane. Zależność ta dotyczy wszystkich czterech form zachowań ryzykownych, zgrupowanych w czynnikach (zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie, zachowań zagrażających zdrowiu, zachowań „macho” oraz podejmowania sportów ekstremalnych). Potwierdziła się zatem hipoteza, zgodnie z którą **częstotliwość podejmowania zachowań ryzykownych wiąże się pozytywnie z wyższą oceną stymulującej wartości zachowań (hipoteza 6)**.



Stwierdzone zależności są zgodne z wynikami wielu innych badań dotyczących podejmowania zachowań ryzykownych (por. Zaleśkiewicz, 2005). Takie zachowania niejednokrotnie są najsilniej zdeterminowane przez potrzebę przeżycia pozytywnej emocji oraz motyw „przyjemnościowy”. Sama skłonność do ryzykowania może wynikać z chęci do przeżywania mocnych doznań, a co ciekawe nie musi wiązać się to z żadnym konkretnym celem. Kolejnym przykładem badań wskazujących na taką zależność mogą być prace Roysamba (1997). Osoby, które prowadziły samochód z bardzo dużą prędkością, narażając się na poważny wypadek, wskazały, iż ich zachowanie wynikało z potrzeby przeżycia pozytywnych emocji, np. radości. Uznając zachowania ryzykowne jako te, które pomimo pociągania konsekwencji negatywnych, są zrównoważone poprzez dostrzeganie ich pozytywnych konsekwencji (Moore, Gullone, 1996), można uznać, że dorastający kierują się w podejmowaniu takich działań na przekonaniach i motywach związanych z dostarczaniem sobie przyjemności, wrażeń i doznań. Potwierdzają to badania Carrol, Zuckermana, Vogel (1982), którzy uznali, że ludzie poszukujący doznań podejmują zachowania ryzykowne z przyczyn hedonistycznych, potrzeby ekscytacji. Warto na koniec dodać jeszcze, że związki pomiędzy zachowaniami i oczekiwaniami były silniejsze w przypadku zachowań ryzykownych w porównaniu do zachowań prozdrowotnych.

Jednym z celów badań własnych było ustalenie **jak przedstawia się koncepcja zdrowia u młodzieży i w jakim zakresie jest zróżnicowana (pytanie badawcze 4)**. Poprzez ustalenie atrybutów, jakie młodzież szkół ponadgimnazjalnych przypisuje zdrowiu, zakresu znaczeniowego pojęcia zdrowia (kryteria przypisywane zdrowiu i miejsce zdrowia wśród innych wartości) starano się odpowiedzieć na to zagadnienie.

Analiza skupień skali mierzącej atrybuty zdrowia wskazuje, że można wyodrębnić dwa sposoby ujmowania zdrowia w badanej grupie młodzieży. Wyodrębniono całkiem liczną grupę osób (114) przypisujących zdrowiu stabilność, które myślą o zdrowiu jak o czymś trwałym, stałym i podstawowym, ale także uważają, że jest zależne od podmiotu i osiągalne. Tego rodzaju przekonania wskazują na ujmowanie zdrowia jako potencjału i przekonanie o tym, że aktywność własna jednostki, styl życia, właściwe planowanie zasobami może zapewnić im zdrowie (Herzlich, 1973). Podobnie Woynarowska zauważyła, że zdrowie jest stałym atrybutem, a jednostka dokonuje jego oceny, dokonuje samoobserwacji w celu zwiększenia troski o nie i podejmowania działań, aby je ochronić,

pomnażać, umacniać (Woynarowska, 2007). Do grupy osób ujmujących zdrowie jako stabilne należą zarówno kobiety jak mężczyźni, uczniowie wszystkich objętych badaniami rodzajów szkół. Z kolei dla drugiej, bardziej licznej grupy (164), zdrowie jest przemijające, zmienne, łatwe do utracenia, trudne do zdobycia czy odzyskania, podstawowe i zależne od losu, ale także za zależne od podmiotu i osiągalne. Można powiedzieć, że uczniowie ci przypisują zdrowiu niestabilność. Dla tego typu postawy charakterystyczne jest przekonanie o braku wpływu jednostki na własne zdrowie lub też traktowanie zdrowia jako zależnego od wieku, wpływu środowiska czy czynników zewnętrznych. W tym przypadku daje się zauważyć podobieństwo do tego, co Herzlich nazywa powierzchownym typem myślenia o zdrowiu (Herzlich, 1973). Woynarowska pisała podobnie, że dla takich osób zdrowie jest okazjonalnie przedmiotem uwagi – wówczas kiedy pojawi się jakaś dolegliwość, a dowodem bycia zdrowym jest bycie w normie „zdrowotnej” (Woynarowska, 2007). Trzeba dodać, że w przypadku tego sposobu ujmowania zdrowia zaznaczyły się różnice związane z płcią, wyniki wskazują, że jest on bardziej charakterystyczny dla kobiet.

W przypadku niektórych atrybutów zdrowia nie ujawniły się różnice – dla wszystkich badanych, zdrowie było zależne od podmiotu i osiągalne, a jednocześnie nie uznano go ani za dane, ani za nabyte.

Uzupełnieniem danych dotyczących koncepcji zdrowia mogą być wyniki skali badającej, co dla uczniów znaczy być zdrowym. Większość młodzieży wskazała, że dobre samopoczucie, dbałość o wypoczynek i należyty czas na sen, poczucie bycia szczęśliwym przez większą część czasu, sprawność wszystkich części ciała oraz odpowiednia waga ciała to te czynniki, które łączą się w znaczenie bycia zdrowym. Duża część adolescentów wskazała także: nie chorowanie (najwyżej rzadko na grypę, niestrawność), odpowiednie odżywianie się, dobry nastrój, cieszenie się z życia, zdrowe oczy, włosy, cerę, nie odczuwanie żadnych dolegliwości fizycznych oraz nie palenie tytoniu jako również ważne składniki bycia zdrowym. Można wywnioskować, że dla młodych ludzi bycie zdrowym jest łączone z hedonistycznymi i sprawnościowymi kryteriami zdrowia. Potwierdza to także zestawienie wag poszczególnych twierdzeń, wskazujące, że stosunkowo najwyżej uplasowało się: czuć się szczęśliwym przez większą część czasu, mieć sprawne wszystkie części ciała, umieć się cieszyć z życia oraz nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na znaczenie dla zdrowia należytego odżywiania oraz dbałości o wypoczynek i sen.

Badania pokazały również jakie miejsce w ocenie uczniów zajmuje zdrowie wśród innych wartości życiowych. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna okazały się być na trzecim miejscu w hierarchii wartości badanej młodzieży. Wyżej, jako najważniejsze młodzież uznała miłość i przyjaźń, a później - inteligencję i bystrość umysłu. Wyniki relacjonowane przez Juczyńskiego (2001) pokazują na bardzo zbliżony obraz wartościowania u dorastających, bowiem dla dzieci i młodzieży w wieku od 11 do 17 r. ż. jako najważniejsze zostały wskazane te same wartości, czyli miłość i przyjaźń. Także badania Sułek (1989) pokazały, że najważniejszymi wartościami dla młodzieży u progu dorosłości są miłość i szczęście rodzinne. Badania Gromadeckiej-Sutkiewicz (1999) pokazały z kolei, że dla młodzieży kończącej szkołę zdrowie wśród innych wartości zajmuje miejsce czwarte. Podobnie badania Łuczak (2004) pokazały, że zdrowie zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości u młodzieży. Ogólnie można powiedzieć, iż badania różnych grup młodzieży w Polsce wskazują bardzo podobnie, że zdrowie jest dla młodych ludzi wartością usytuowaną wysoko w hierarchii, ale nie najwyżej.

Informacji o poglądach na zdrowie badanej młodzieży dostarczają również odpowiedzi na pytanie, co decyduje o byciu szczęśliwym. Wskazują one, że o szczęściu decyduje po pierwsze udane życie rodzinne, a po drugie dobre zdrowie. I znowu nie widać znacznych różnic pomiędzy tymi wynikami i odpowiedziami nieco młodszej grupy dzieci i młodzieży z badań Juczyńskiego (2001). Natomiast w ocenie innych wyznaczników szczęścia ujawniły się różnice związane z płcią, dla kobiet o szczęściu w większym stopniu decyduje udane życie rodzinne, a dla mężczyzn z kolei dobre warunki materialne oraz sława i popularność. Jednocześnie dla obu płci zdrowie w jednakowym stopniu decyduje o szczęściu. Porównanie osób z różnych szkół ujawniło tylko jedną istotną różnicę w ocenie znaczenia bycia potrzebnym dla innych ludzi, ważniejszego dla uczniów technikum niż liceum, dla których jednocześnie było to ważniejsze niż dla uczniów liceum profilowanego, ale trudno w tym przypadku zaproponować jakieś przekonujące wyjaśnienie tych różnic. Natomiast znaczenie zdrowia było w tych grupach podobne.

Podsumowując wyniki w zakresie koncepcji zdrowia badanej młodzieży można powiedzieć, że zdrowie jako wartość ma dość stabilną, wysoką i podobną dla większości badanych pozycję, natomiast jego rozumienie jest zróżnicowane. Różnice w zakresie atrybutów przypisywanych zdrowiu zaznaczają się na ogólnym wymiarze „stabilność – niestabilność”.

Analizy mające na celu ustalenie **związku pomiędzy występowaniem prozdrowotnych i ryzykownych zachowań a koncepcją zdrowia (pytanie badawcze 5)** pokazały, że w przypadku zachowań prozdrowotnych ujawniły się różnice pomiędzy uczniami przypisującymi zdrowiu podstawowy i trwały charakter (stabilność) i tymi, którzy przypisywali zdrowiu niestabilność. Badani należący do tej pierwszej grupy podejmowali częściej zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne oraz unormowanym trybem życia. Może to być związane z pojmowaniem zdrowia fizycznego łącznie ze zdrowym odżywianiem jako wartości niejako danych odgórnie (np. przez odpowiednie wyposażenie genetyczne) i spostrzeganiem mniejszego wpływu na te wymiary, w odróżnieniu od zdrowia psychicznego, które nie było spostrzegane jako uwarunkowane biologicznie, na które mogą mieć większy wpływ. Natomiast w przypadku zachowań ryzykownych posiadana koncepcja zdrowia, ujmowana w kategoriach „stabilność – niestabilność”, nie miała znaczenia dla ich podejmowania.

Podobne prawidłowości ujawniły się w analizach dotyczących **znaczenia, jakie ma posiadana koncepcja zdrowia dla oczekiwań dotyczących zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badawcze 6)**. W przypadku oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych okazało się, że dorastający przypisujący zdrowiu niestabilność oceniali wyżej prozdrowotną wartość zdrowego odżywiania niż osoby przypisujące zdrowiu stabilność, co można wyjaśnić w sposób wspomniany powyżej. I znowu w przypadku oceny zachowań ryzykownych nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy osobami mającymi odmienne koncepcje zdrowia (stabilność – niestabilność) w ocenach stymulacyjnej wartości takich zachowań.

Wyniki uzyskane w odpowiedzi na pytanie o to, **czy istnieje związek pomiędzy temperamentem a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych i jaki jest charakter tego związku (pytanie badawcze 7)** pozwalają stwierdzić, że znaczenie cech temperamentu okazało się być zróżnicowane dla poszczególnych rodzajów zachowań prozdrowotnych i ryzykownych. Generalnie mniej związków ujawniło się w przypadku zachowań prozdrowotnych. Osoby o dużej wrażliwości emocjonalnej i małej odporności emocjonalnej (wysoko reaktywne) rzadziej podejmowały zachowania wynikające z troski o zdrowie psychiczne. Przeciwnie, osoby o wysokim poziomie aktywności częściej podejmowały takie zachowania jak również działania związane z dbałością o zdrowie fizyczne. Stwierdzono również niewielkie korelacje pomiędzy żwawością i ujemnie wytrzymałością a prowadzeniem unormowanego trybu życia, a także żwawością i

dbałością o zdrowie fizyczne. Wyraźniejsze zależności ujawniły się w przypadku zachowań ryzykownych. Tutaj bardzo istotna okazała się aktywność, korelująca dość wysoko i pozytywnie z wszystkimi formami zachowań. Regresje wykazały również, że podejmowanie zachowań typu „macho” jest związane z niskimi poziomami żwawości, perseweratywności, wrażliwości sensorycznej oraz wysokim wytrzymałości. Biorąc pod uwagę wielkość wyjaśnianej wariancji, można sformułować wniosek o raczej umiarkowanym znaczeniu cech temperamentu dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, przy zaznaczeniu, że w przypadku tych ostatnich było ono relatywnie większe.

Przewidywanie, że **u osób cechujących się nieodporną strukturą temperamentu występuje większe niż u innych nasilenie zachowań prozdrowotnych (hipoteza 1)** nie uzyskało potwierdzenia w grupie przebadanej młodzieży. Wprost przeciwnie, ogólnie można powiedzieć, że młodzi ludzie z nieodporną strukturą temperamentu podejmowali rzadziej niż inni zachowania promujące zdrowie. Częstotliwość działań związanych z troską o zdrowie psychiczne i fizyczne była u tych osób istotnie niższa niż u pozostałych, reprezentujących odmienne struktury temperamentu. Można przypuszczać, że mała możliwość przetwarzania stymulacji oraz niechęć do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej nie są wystarczającymi motywami do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Obawa przed zachowaniami antyzdrowotnymi niekoniecznie wiąże się z gotowością do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Cechujące te osoby ogólnie mniejsza aktywność i żwawość mogła być też odpowiedzialna za mniejszą skłonność do podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Wyniki dotyczące hipotezy, mówiącej, że **u osób cechujących się przestymulowaną strukturą temperamentu występuje większe niż u innych nasilenie zachowań ryzykownych (hipoteza 2)** wskazują, że w pewnym zakresie została ona potwierdzona. Osoby cechujące się przestymulowaną strukturą temperamentu podejmowały działania zagrażające zdrowiu oraz sporty ekstremalne częściej, ale tylko w porównaniu do osób o nieodpornej strukturze oraz tych zakwalifikowanych do grupy o nieokreślonej strukturze. Warto dodać, że ogólnie zaznaczyła się również wyraźna tendencja do mniej częstego podejmowania zachowań ryzykownych przez osoby o nieodpornej strukturze temperamentu.

Porównania uwzględniające poszczególne struktury temperamentu pozwalają na sformułowanie ogólnej konkluzji podobnej do tej opartej na analizach regresji, a zatem, że

znaczenie temperamentu dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych jest umiarkowane.

Wyniki dotyczące **związków temperamentu i oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badawcze 8)** wskazują, że zależności te są różne dla poszczególnych rodzajów zachowań i cech temperamentu. W przypadku oceny zachowań prozdrowotnych wyróżniła się aktywność, której nasilenie wiązało się z wyższą oceną zdrowotnej wartości troski o zdrowie psychiczne, zdrowego odżywiania oraz dbałości o zdrowie fizyczne. Ponadto warto wymienić perseweratywność sprzyjającą ocenie zdrowotnej wartości unormowanego trybu życia oraz troski o zdrowie psychiczne. Trzeba jednak zaznaczyć, że uzyskane zależności są raczej słabe, jeżeli weźmiemy pod uwagę wielkości współczynników beta oraz  $R^2$ .

W przypadku ocen stymulującej wartości zachowań ryzykownych okazało się, że osoby z wysokim poziomem aktywności oceniały wszystkie rodzaje takich zachowań jako bardziej ekscytujące. Zaznaczyły się również pojedyncze, ujemne zależności – osoby cechujące się żwawością i wytrzymałością oceniały niżej stymulującą wartość zachowań zagrażających zdrowiu, a osoby cechujące się wrażliwością sensoryczną niżej zachowania typu „macho” oraz stymulujące, nie akceptowane społecznie.

Ogólna konkluzja dotycząca znaczenia temperamentu jest podobna do tej dotyczącej podejmowania zachowań. Biorąc pod uwagę wielkości wyjaśnianej wariancji oraz współczynników beta trzeba powiedzieć, że cechy temperamentu mają bardzo umiarkowane lub niewielkie znaczenie dla oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych i stymulującej wartości ryzykownych.

Kolejnym indywidualnym korelatem zachowań promujących zdrowie i ryzykownych uwzględnionym w niniejszej pracy jest poczucie własnej skuteczności. **Związki pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badawcze 9)** ujawniły, że nasileniu poczucia własnej skuteczności towarzyszy częstsze podejmowanie zachowań związanych z troską o zdrowie fizyczne i psychiczne, a także częstsze podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu, zachowań „macho” oraz aktywności fizycznej ekstremalnej. Przewidywanie, że **im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym większa częstotliwość zachowań prozdrowotnych (hipoteza 3)** zostało potwierdzone częściowo, w przypadku dwóch rodzajów zachowań. Wyniki te są zatem zgodne z twierdzeniami, że przekonanie o

zdolności do podejmowania skutecznych działań w obszarze zachowań promujących zdrowie i większa wytrwałość, efektywność w działaniu oraz zmienianiu nawyków (Juczyński, 2001; Heszen, Sęk, 2007) sprzyja działaniom związanym z aktywnością fizyczną, a co za tym idzie także dbałością o sferę psychiczną.

Natomiast przewidywanie, że **częstotliwość występowania zachowań ryzykownych wiąże się z nasileniem poczucia własnej skuteczności** a w konsekwencji oczekiwanie, że **im silniejsze poczucie własnej skuteczności tym większa częstotliwość zachowań ryzykownych (hipoteza 5)** zostało potwierdzono niemalże w całości. Wyniki pokazały, że aż w przypadku trzech grup zachowań ryzykownych wyższe poczucie własnej skuteczności sprzyja ich podejmowaniu - są to zachowania zagrażające zdrowiu, zachowania „macho” oraz różne formy sportów ekstremalnych. Dla pozostałej grupy - zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie - poziom poczucia własnej skuteczności okazał się nie mieć znaczenia. Brak związku pomiędzy obszarem samoskuteczności a tego rodzaju zachowaniami jest spójny z rozumieniem poczucia własnej skuteczności jako obszaru poznawczego człowieka, którego nie można utożsamiać z nierealistycznym optymizmem (por. Schwarzer, 2001). Wyniki te są zgodne z rezultatami wcześniejszych badań (Bandura, 1992, 1997; Łuszczyńska, 2004) oraz wnioskami z eksperymentów dotyczących potrzeby stymulacji (Zaleśkiewicz, 2005). Poczucie własnej skuteczności oddziałując na zachowanie wpływa na emocje doświadczane przez nastolatka. Wyższe, a co za tym idzie optymistyczne przekonanie o własnej skuteczności związane jest z doświadczeniem częściej emocji pozytywnych oraz z przekonaniem o tym, że mogą kontrolować otoczenie. W przypadku zachowań ryzykownych, w których jednostce wydaje się, że jest głównym sprawcą działań, wysoka własna skuteczność sprzyja ich podejmowaniu. Natomiast ze względu na fakt, iż własna skuteczność nie prowadzi do podejmowania nieracjonalnych wyborów, a dalej – działań, które narażają człowieka na ryzyko, a raczej promuje zachowanie korzystne dla zdrowia jednostki, poziom własnej skuteczności okazał się bez znaczenia dla działań stymulujących nie akceptowanych społecznie (np. prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu).

Kolejne pytanie dotyczyło **związków pomiędzy subiektywną percepcją zdrowia a podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badawcze 10)**. Analizy regresji wskazują na zróżnicowane i raczej umiarkowane zależności. Życiowy optymizm, energia i siła do działania (pozytywne nastawienie) można uznać za wyznacznik zachowań prozdrowotnych związanych z troską o zdrowie fizyczne i

psychiczne oraz z odpowiednim odżywianiem, czyli trzech z czterech wyodrębnionych grup zachowań. Przekonanie o skuteczności własnego działania, bezproblemowe wykonywanie codziennych zadań i planowanie dnia (sprawność działania) wiązało się ze dbałością o odpowiednie odżywianie i unormowanym trybem życia. Podobnie aktywność fizyczna współwystępowała z dbałością o zdrowie fizyczne, a wrażliwość na innych z troską o zdrowie psychiczne i zdrowym odżywianiem. Nie dziwi także odwrotna zależność pomiędzy dyskomfortem psychicznym a troską o zdrowie psychiczne.

W przypadku zachowań ryzykownych znaczenie poszczególnych wymiarów subiektywnej percepcji zdrowia było również zróżnicowane. Przekonanie o powodzeniu własnych działań, nierealistyczna ocena sytuacji (pozytywne nastawienie) sprzyjało podejmowaniu zachowań zagrażających zdrowiu oraz zachowań „macho“, a aktywność fizyczna wiązała się z uprawianiem sportów ekstremalnych i również zachowaniami „macho“. Poczucie bycia zestresowanym, napięcie, zmęczenie i drażliwość (dyskomfort psychiczny) było powiązane z nasileniem zachowań zagrażających zdrowiu, podczas gdy sprawność działania łączyła się z niższą częstotliwością tego rodzaju zachowań. Większy stopień otwartości na innych, gotowości do pomocy, wspierania innych (wrażliwość na innych) wiązał się z kolei z mniejszą częstotliwością zachowań „macho“.

Ogółem, wprawdzie ujawniły się pewne związki, to jednak relatywnie niskie wielkości współczynników beta oraz wyjaśnianej wariancji sugerują konkluzję, że subiektywna percepcja zdrowia ujawniła się jako raczej umiarkowanie znaczący wyznacznik zachowań prozdrowotnych i ryzykownych u badanej młodzieży.

W przypadku **oceny znaczenia wymiarów subiektywnej percepcji zdrowia dla oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych (pytanie badacze 10)** okazało się, podobnie jak w przypadku podejmowania zachowań, że subiektywna percepcja zdrowia jest raczej umiarkowanym wyznacznikiem oceny zachowań prozdrowotnych i ryzykownych. W przypadku oceny zdrowotnej wartości, najszerszy zakres związków, bo obejmujący wszystkie grupy zachowań, ujawnił się dla dyskomfortu psychicznego, czyli przemęczenia, drażliwości i odczucia stresu. W niewiele mniejszym zakresie umiejętność czerpania radości i przyjemności z poświęcania czasu innym ludziom, działaniom (wrażliwość na innych) wiązała się z wysoką oceną troski o zdrowie fizyczne i psychiczne oraz prowadzenia regularnego trybu życia. Wiara w podejmowane przez siebie



czynności i działania, optymistyczne podejście do codzienności (pozytywne nastawienie) sprzyjała wyższemu ocenianiu wartości zdrowego odżywiania.

Ocena stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych takich jak: zachowania nie akceptowane społecznie, zachowania zagrażające zdrowiu oraz zachowania „macho” wiązała się dyskomfortem psychicznym. Energia i siła do działania (pozytywne nastawienie) były powiązane w wyższą oceną stymulacyjnej wartości zachowań zagrażających zdrowiu i zachowań „macho”. Aktywność fizyczna wiązała się z wyższą oceną sportów ekstremalnych i zachowań „macho” jako dostarczających wrażeń.

Porównanie parametrów analiz regresji dla oceny poszczególnych rodzajów zachowań pozwala na sformułowanie wniosku, że subiektywna percepcja zdrowia ma relatywnie nieco większe znaczenie dla oceny zdrowotnej wartości zachowań prozdrowotnych niż stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych.

**Ustalenie znaczenia, jakie ma posiadana koncepcja zdrowia dla subiektywnej percepcji zdrowia (pytanie badawcze 11)** pokazało, że dorastający przypisujący zdrowiu podstawowy charakter i spoglądający na zdrowie przez pryzmat jego: przemijania, zmienności, łatwości utracenia, trudności w zdobyciu czy odzyskaniu, zależności od losu (niestabilność) oceniali wyżej swój dyskomfort psychiczny oraz stopień wrażliwości na innych niż ci, którzy przypisywali zdrowiu trwałość i podstawowy charakter oraz stałość (stabilność). Ci ostatni z kolei wyżej oceniali swoją aktywność fizyczną. Warto też dodać, że kobiety oceniały wyżej niż mężczyźni swój dyskomfort psychiczny oraz stopień wrażliwości na innych, a mężczyźni oceniali wyżej niż kobiety swój stopień aktywności fizycznej.

Przeprowadzone analizy ścieżkowe mające na celu weryfikację hipotezy, zgodnie z którą **oczekiwania odnośnie zachowań prozdrowotnych i ryzykownych pełnią rolę pośredniczącą pomiędzy podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i ryzykownych a koncepcją zdrowia i wyznacznikami temperamentalnymi (hipoteza 7)** ujawniły, ogólnie mówiąc, zróżnicowany obraz zależności w przypadku poszczególnych form zachowań.

Najpełniej potwierdziły się przewidywania efektu pośredniego oczekiwań dotyczących zachowań w przypadku pierwszej z czterech grup zachowań prozdrowotnych

– troski o zdrowie psychiczne. Jeden z dwóch branych pod uwagę poznawczych wyznaczników zachowań (subiektywna percepcja zdrowia) oraz wszystkie trzy temperamentalne (reaktywność, aktywność, perseweratywność) ujawniły swoje oddziaływanie na podejmowanie tego rodzaju działań poprzez modyfikowanie oczekiwań dotyczących zdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań. W tym przypadku tylko koncepcja zdrowia nie oddziaływała w ten sposób, więc można powiedzieć, że dla troski o zdrowie psychiczne hipoteza 7 w zasadzie się potwierdziła.

Dla dwóch kolejnych grup zachowań, zdrowego odżywiania oraz unormowanego trybu życia, ujawnił się efekt pośredni oczekiwań dla dwóch cech temperamentu – reaktywności i aktywności w pierwszym przypadku oraz reaktywności i perseweratywności w drugim. Zatem cechy temperamentu wyznaczały te dwa rodzaje zachowań oddziałując pośrednio, poprzez modyfikację oczekiwań. Hipoteza została więc potwierdzona częściowo, dla temperamentalnych wyznaczników zachowań. Natomiast dla dbałości o zdrowie fizyczne nie potwierdziła się w ogóle – efekt pośredni nie ujawnił się w przypadku żadnego z wyznaczników. Biorąc pod uwagę, jakiego rodzaju zachowania obejmowała ta ostatnia grupa – spacer, picie wody, kontakt z naturą – można wyjaśnić to wiekiem osób badanych, młode osoby generalnie dość rzadko podejmują tego rodzaju działania.

W przypadku zachowań ryzykownych obraz zależności wygląda nieco inaczej. Generalnie zdecydowanie mniej wyznaczników ujawniło wpływ pośredni, poprzez oczekiwania. Najważniejszym okazała się być jedna z cech temperamentu – aktywność, która oddziaływała na podejmowanie wszystkich czterech grup zachowań ryzykownych poprzez modyfikowanie oczekiwań dotyczących tych zachowań. Można zatem powiedzieć, że osoby cechujące się wysokim poziomem aktywności oceniały zachowania ryzykowne jako bardziej ekscytujące, co sprzyjało ich podejmowaniu. Efekt ten dotyczy zachowań stymulujących, nie akceptowanych społecznie, zagrażających zdrowiu, zachowań „macho” oraz podejmowania sportów ekstremalnych. Jednocześnie jeden z poznawczych wyznaczników, subiektywna percepcja zdrowia, ujawniła wpływ pośredni, ale odwrotny, w przypadku zachowań zagrażających zdrowiu. Osoby, które spostrzegały swój stan zdrowia lepiej, oceniały zachowania zagrażające zdrowiu jako mniej ekscytujące i były mniej skłonne je podejmować.

Ogólnie można powiedzieć, że w przypadku zachowań ryzykownych hipoteza 7 potwierdziła się dla temperamentalnych wyznaczników, a dokładniej aktywności. Natomiast biorąc pod uwagę wszystkie analizowane zachowania, prozdrowotne i

ryzykowne, trzeba zwrócić uwagę, że dla przewidywanych, zgodnie z hipotezą, oddziaływań pośrednich, poprzez oczekiwania odnośnie zachowań, wyznaczniki temperamentalne ujawniły swój wpływ w zdecydowanie większym stopniu (cztery grupy zachowań ryzykownych i trzy prozdrowotnych) niż poznawcze (jedna grupa prozdrowotnych i jedna ryzykownych). Nie można wykluczyć, że ponieważ oczekiwania odnośnie zachowań stanowią również wyznacznik o poznawczym charakterze, ich powiązania z koncepcją zdrowia czy subiektywną percepcją zdrowia nie miały tak jednoznacznie jednokierunkowego charakteru, jak to sugerował model ścieżkowy.

Przeprowadzone analizy ścieżkowe, poza tym, że umożliwiły weryfikację hipotezy 7, pozwalają również na sformułowanie ogólniejszych wniosków na temat mechanizmów podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przez młodzież. Obraz tych zależności jest zróżnicowany w przypadku poszczególnych grup zachowań i w zasadzie dla każdej z nich nieco inny.

Znaczącymi wyznacznikami troski o zdrowie psychiczne okazały się być: ocena zdrowotnej wartości tej formy działania, koncepcja zdrowia, subiektywna percepcja zdrowia oraz trzy brane pod uwagę cechy temperamentu – reaktywność, aktywność i perseweratywność, z tym, że dwie ostatnie oddziaływały na działania związane z troską o zdrowie psychiczne pośrednio, poprzez oczekiwania, zwiększając ocenę zdrowotnej wartości tego rodzaju działań. Subiektywna percepcja zdrowia miała bardzo wyraźny wpływ, oddziałując bezpośrednio na zachowanie, oraz pośrednio, poprzez oczekiwania odnośnie zachowań. Osoby przypisujące zdrowiu niestabilność, oceniające lepiej swoje aktualne zdrowie, mające silne przekonania o prozdrowotnej wartości troski o zdrowie psychiczne i cechujące się niską reaktywnością podejmowały częściej zachowania związane z troską o zdrowie psychiczne. W tym przypadku obraz zależności był, w porównaniu do pozostałych, najbliższy przyjętemu modelowi.

Podobny obraz ujawnił się w przypadku unormowanego trybu życia, gdzie znaczącymi wyznacznikami były ocena zdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań, koncepcja zdrowia, subiektywna percepcja zdrowia oraz cechy temperamentu. Te ostatnie oddziaływały różnie, aktywność bezpośrednio a reaktywność i perseweratywność pośrednio, modyfikując ocenę zdrowotnej wartości tych działań. Większą skłonność do prowadzenia unormowanego trybu życia wykazały osoby przypisujące zdrowiu niestabilność, oceniające wyżej swój aktualny stan zdrowia, mające silniejsze przekonanie o prozdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności.

Inaczej było w przypadku zdrowego odżywiania – tutaj znaczące okazały się być ocena zdrowotnej wartości tego rodzaju działań, subiektywna percepcja zdrowia oraz reaktywność i aktywność, ale cechy temperamentu oddziaływały tylko pośrednio, poprzez oczekiwania odnośnie zachowań. Zachowania te były podejmowane częściej przez osoby oceniające lepiej swoje aktualne zdrowie, mające silniejsze przekonanie o prozdrowotnej wartości tego rodzaju zachowań.

Dość nietypowy był obraz zależności dla dbałości o zdrowie fizyczne. W tym jedynym przypadku oczekiwania odnośnie zachowań nie ujawniły się jako znaczące wyznaczniki, a w konsekwencji nie było oczekiwanego efektu pośredniego. Wyznacznikami mającymi istotny wpływ były subiektywna percepcja zdrowia oraz aktywność. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby oceniające wyżej swoje aktualne zdrowie i cechujące się wyższym poziomem aktywności.

Dla podejmowania zachowań stymulujących, nieakceptowanych społecznie znaczącymi wyznacznikami okazały się ocena symulacyjnej wartości tego rodzaju działań oraz cechy temperamentu, reaktywność, perseweratywność i aktywność. Ta ostatnia ujawniła również oddziaływanie pośrednie, poprzez oczekiwania odnośnie zachowań. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby przypisujące im większą wartość stymulacyjną, cechujące się wyższą reaktywnością, aktywnością i niższą perseweratywnością.

Podobnie było w przypadku zachowań zagrażających zdrowiu – obok oceny stymulacyjnej wartości tego rodzaju działań i temperamentalnej cechy aktywności, działającej bezpośrednio i pośrednio, znacząca okazała się subiektywna percepcja zdrowia, też oddziałująca dwiema drogami, ale hamująco. Zachowania tego rodzaju były podejmowane częściej przez osoby oceniające niżej swoje aktualne zdrowie, mające silniejsze przekonanie o stymulującej wartości takich zachowań oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności.

Dla zachowań „macho” znaczącymi wyznacznikami były ocena stymulacyjnej wartości takich działań oraz perseweratywność, oddziałująca bezpośrednio i aktywność – pośrednio, poprzez oczekiwania. Zachowania te były podejmowane częściej przez osoby przypisujące im większą wartość stymulacyjną, cechujące się niższym poziomem perseweratywności. Bardzo podobny obraz ujawnił się w przypadku sportów ekstremalnych, z tą różnicą, że zamiast perseweratywności, która nie ujawniła istotnego wpływu, aktywność oddziaływała bezpośrednio i pośrednio, poprzez oczekiwania.

Częściej podejmowały sporty ekstremalne osoby przypisujące tego rodzaju aktywności większą wartość stymulacyjną oraz cechujące się wyższym poziomem aktywności.

Warto również zwrócić uwagę, iż pierwsze zetknięcie się z ryzykownym działaniem, niekoniecznie oznaczają powody kontynuacji tego zachowania w przyszłości. Zuckerman (1994) wskazuje, iż pierwsze zażycie substancji odurzającej jest powodowane chęcią poznania i przeżycia czegoś nieznanego, sprawienia sobie przyjemności. Kolejne próby stosowania takich substancji wynikają już w większym stopniu z przyczyn biologicznych (fizjologicznych). Co więcej ten sam autor odwołuje się do swoich badań pokazujących, iż spośród najważniejszych motywów wskazanych przez nastolatków w ankiecie podejmowania zachowań ryzykownych, wymieniana jest chęć zabawienia się, sprawienia sobie radości i bycia szczęśliwym. Wspiera to hipotezę o afektywnych przesłankach postępowania w ryzykowny sposób i koncentrację na pozytywnych emocjach, bez uwzględniania informacji o zdroworozsądkowych wyborach, kalkulacji wielkości wyniku i prawdopodobieństwa wyniku (Zaleśkiewicz, 2005). Przy czym ważne jest także dążenie do wzmacniania pozytywnej emocji. Inne badania wskazały, że skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych u dorastających mocniej determinuje chęć przeżycia pozytywnej emocji niż nieodczucie negatywnej emocji, a istotnym jest również dążenie nastolatków do natychmiastowych wzmocnień pozytywnych (Loewenstein, Weber, Hsee, Welch, 2001; Slovic, 2004; Zaleśkiewicz, 2005).

Analizowane modele ścieżkowe pozwalają na sformułowanie kilku ogólniejszych konkluzji. Można powiedzieć, że zarówno zachowania prozdrowotne jak i ryzykowne młodzieży mają poznawcze i temperamentalne uwarunkowania, chociaż układ wyznaczników jest zróżnicowany dla poszczególnych form zachowań. Spośród cech temperamentu najczęściej ujawniła swój wpływ aktywność, sprzyjająca, bezpośrednio lub pośrednio, podejmowaniu wszystkich ośmiu grup zachowań. W przypadku czynników o poznawczym charakterze najważniejsze okazały się być oczekiwania odnośnie zachowań, ocena ich stymulacyjnej lub zdrowotnej wartości. Potwierdza to koncepcję podejmowania zachowań zdrowotnych sformułowaną przez Schwarzera (1997), a co więcej, pokazuje, że oczekiwania są również ważne w przypadku podejmowania zachowań ryzykownych, chociaż ich treścią jest wtedy wartość stymulacyjna. Jednocześnie, drugi istotny czynnik w koncepcji Schwarzera, poczucie własnej skuteczności, okazało się być bez znaczenia dla podejmowania zachowań prozdrowotnych czy ryzykownych, jeżeli jego wpływ był oceniany w interakcji z innymi wyznacznikami. Natomiast kolejny poznawczy

wyznacznik, subiektywna percepcja zdrowia, to jak osoba ocenia swój stan somatyczny i psychiczny, okazała się być znacząca dla wszystkich rodzajów zachowań prozdrowotnych i jednego z ryzykownych. Nie można wykluczyć, że negatywny wynik w przypadku poczucia własnej skuteczności był spowodowany naturą tego czynnika – mierzono uogólnione poczucie własnej skuteczności, a nie poczucie własnej skuteczności w odniesieniu do poszczególnych grup zachowań. Natomiast subiektywna percepcja zdrowia, która jest wyrazem ogólnej oceny własnego zdrowia i kondycji spełniła tę rolę. Osoby wyżej oceniające swój stan zdrowia czuły się pewniej w podejmowaniu zachowań ryzykownych, a jednocześnie miały więcej nawyków w zakresie zachowań prozdrowotnych.

Poszukiwanie, w oparciu o jeden, ogólny model, poznawczych i temperamentalnych wyznaczników zachowań prozdrowotnych i ryzykownych okazało się być uzasadnione, chociaż układ oddziaływań w przypadku poszczególnych rodzajów zachowań był dość zróżnicowany, a współczynniki dopasowania modeli, zadowalające ale nie doskonałe, sugerują konieczność poszukiwania nieco zmodyfikowanego, innego modelu. Niemniej jednak uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do planowania działań profilaktycznych, promujących zachowania prozdrowotne i eliminujących ryzykowne, skierowanych na młodzież u progu dorosłości.

Wzbogacenie strategii informacyjnych w szkole, skupionych zazwyczaj wokół skutków zachowań ryzykownych, o uświadomienie młodzieży w kwestii roli, jaką pełnią oczekiwania dotyczące stymulacyjnej wartości takich zachowań oraz praca nad przekonaniami dotyczącymi hedonistycznych i sprawnościowych kryteriów zdrowia (konceptcja zdrowia), mogłoby się okazać pożądanym oddziaływaniem profilaktycznym. Programy modyfikacji przekonań normatywnych (Gaś, 2006) koncentrują się głównie na spostrzeganej akceptacji zachowań problemowych i angażowaniu się w ich podejmowanie przez młodzież. Istotne wydaje się również wyjaśnienie motywów podejmowania zachowań ryzykownych. Wiedząc, że pewne szkodliwe formy aktywności wynikają z potrzeby silnych wrażeń, uczniowie mogliby przestawić się na takie formy zachowań, które są akceptowane społecznie, a jednocześnie stymulujące, np. niektóre sporty ekstremalne. Obrazowa edukacja uczniów na temat negatywnych skutków zachowań problemowych, przy jednoczesnej modyfikacji przekonań dotyczących stymulacyjnej wartości zachowań ryzykownych w kierunku ich urealnienia, pozwoliłyby oczekiwać właściwej oceny zachowań dysfunkcyjnych i wzrostu odporności młodzieży na podjęcie aktywności nie akceptowanych społecznie.

Ponadto należałoby wzbogacić programy alternatywnej aktywności. Jeśli ważni dorośli będą zaangażowani w aktualne problemy środowiska młodych ludzi a wychowawca klasy spróbuje poznać i traktować każdego ucznia indywidualnie i zostanie stworzona „przestrzeń” rozmowy oparta na zaufaniu, możliwe będzie odnajdywanie uzdolnień i pasji, rozwijanie hobby. Wówczas możliwe stanie się angażowanie młodzieży w działania umożliwiające zdrowe zaspakajanie ich potrzeb rozwojowych i predyspozycji indywidualnych (np. aktywności jako czynnika temperamentalnego). Wskazane byłoby przesunięcie akcentu w programach alternatywnej aktywności z działalności konstruktywnej i akceptowanej społecznie, ale niejednokrotnie odbieranej przez młodzież jako nudna, na pomoc w odnalezieniu przez nich takich sposobów organizacji wolnego czasu i zachęcenie do aktywności, która zaspakaja ich potrzebę doznań i wrażeń. Wydaje się, że rolę taką mogłaby pełnić odpowiednio dopasowana do oczekiwań młodego człowieka aktywność sportowa – w szczególności różnego typu sporty ekstremalne. Takie działania dają możliwość spełnienia oczekiwań związanym z dostarczeniem silnej stymulacji oraz zaspokojenia potrzeb wynikających z temperamentu, których wagę także pokazały niniejsze badania. Jednocześnie ułatwienie dostępności do odpowiednio przygotowanych trenerów czy ośrodków oferujących uprawianie sportów ekstremalnych w odpowiednio przygotowanych warunkach i po odpowiednim przeszkoleniu, jak również rozszerzenie oferty zajęć z wychowania fizycznego w szkołach, przyczyniłoby się do zmniejszenia podejmowania przez młodych ludzi niedozwolonych i nieakceptowanych społecznie zachowań.

Z pewnością cennym uzupełnieniem tych badań byłoby poszerzenie liczby indywidualnych wyznaczników, które wiążą się z podejmowaniem zachowań prozdrowotnych i szkodliwych dla zdrowia przez młodzież. Takimi mogłyby być chociażby: zdolności poznawcze, optymizm, procesy motywacyjne. Niemniej jednak, skupienie się na indywidualnych zasobach dorastającego jest uzasadnione z punktu widzenia oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych. Taką działalnością może być kształtowanie umiejętności społecznych i zachowań prozdrowotnych, budowanie pozytywnego obrazu siebie, wysokiej samooceny, wiara w swoje możliwości, mechanizmy samokontroli. Niemniej jednak wyniki badań dotyczących zmian w zachowaniach wywołanych programami oddziaływania nastawionymi na jednostkę pokazują, iż jest duża liczba nawrotów, a same one nie zapobiegają w sposób trwały podejmowaniu zachowań ryzykownych (Schwarzer, 1997). Okazuje się, że potrzebne są programy, które uwzględniają człowieka w jego środowisku (Gaś, 2006; Woynarowska 2007). Trudne jest

utrzymanie zmian u jednostki, jeżeli nie ulegną także zmianie czynniki środowiskowe, które przyczyniają się do konkretnego zachowania ryzykownego. Tak więc, przygotowując działania profilaktyczne dla młodzieży, należy poznać potrzeby środowiska lokalnego, dokonać diagnozy także zasobów społeczności lokalnej, które mogą być pomocne w podejmowanych działaniach przez liderów zmian. Szkoła Promująca Zdrowie (Wojnarowska, 2007) i badania ESPAD (2011) podkreślają także wagę klimatu panującego w najbliższym środowisku, w którym funkcjonują dorastający – wśród grupy rówieśniczej, w domu rodzinnym. Wydaje się, że najważniejsze cechy charakteryzujące szeroko obejmujące oddziaływania profilaktyczne to: wczesne ich wprowadzenie, systematyczność, spójność działań, oddziaływania wypływające z możliwie różnych dostępnych młodym ludziom środowisk społecznych (rodzina, inne ważne pozytywne osoby dorosłe). Sama profilaktyka powinna być wpleciona w różne aktywności od najmłodszych lat życia, trwać permanentnie (Mellibruda, 2011), a jej forma i treści powinny zostać dostosowane do aktualnych potrzeb rozwojowych młodzieży u progu dorosłości.



## Literatura cytowana

- Abrantes, A., Lee, Ch., MacPherson, L., Strong, D., Borrelli, B., Brown, R. (2009). Health risk behaviors in relation to making a smoking quit attempt among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 142–149.
- Ajibade, P. (2010). Health risk behaviors of black male college students: seat belt use, smoking and obesity status. *The ABNFF Journal, official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, 1, 21, 4, 85-89.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting human behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- American Academy of Pediatrics Committee on Public Education (2001). Children, adolescents and television. *Pediatrics*, 107, 423-426.
- Arnett, J. (1992). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.
- Arnett, J. (1996). Sensation seeking: Aggressiveness and Adolescent Reckless Behavior. *Personality and Individual Differences*, 20, 693-702.
- Arnett, J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth and Society*, 29, 1-23.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 5, 469-480.
- Arnett, J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8, 133-144.
- Arnett, J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57, 10, 774-783.
- Arnett, J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. W: L. Jensen (red.), *Bringing Cultural and Developmental Psychology: New Syntheses in Theory, Research and Policy*. New York: Oxford University Press.
- Badora, B., Kolbowska, A., Lutostański, M., Kalka, J., Wenzel, M., Wciórka, B., Feliksiak, M., Roguska, B., Pankowski, K., Gwiazda, M. (2008). *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2008*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

- Bagozzi, R., Edwards, E. (2000). Goal-striving and the implementation of goal intentions in the regulation of body weights. *Psychology and Health*, 15, 255-270.
- Bagozzi, R., Edwards, E. (1998). Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. *Psychology and Health*, 13, 593-621.
- Balwin, M. (1992). Relational schema and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84, 191 – 215.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiological functioning. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action*, 355-394. Washington: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. W: E. Locke (red.), *The Blackwell handbook of principles of organizational behavior*, 120 - 136. Oxford: Blackwell.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, J., Pastorelli, C. (2002). Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Development*, 72, 178-206.
- Bardziejewska, M. (2013). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- Bauermeister, J., Zimmerman, M., Caldwell, C., Xue, Y., Gee, G. (2010). What predicts sex partners' age differences among African American Youth? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Sex Research*, 47, 4, 330-344.
- Becker, P. (1992). Diagnostik und Bedingungsanalyse des Gesundheitsverhaltens. W: H. Schroder, K. Reschke (red.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*. Regensburg: Roderer Verlag.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
- Bianchi, S., Spain, D. (1996). Women, work, and family In America. *Population Bulletin*, 51, 1-48.
- Bibace, R., Walsh, M. E. (1980). Development of children's conceptions of illness. *Pediatrics*, 66, 912 – 917.

- Birch, A., Malim, T. (2001). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęcia do dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bobrowski, K. (2006). Zdrowie psychiczne i zachowania ryzykowne 15-latków – badania mokotowskie. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 3, 225 – 242.
- Bomba, J. (2006). Polak przyszły obywatel? Smutny świat młodych ludzi. *Sprawy nauki, Biuletyn Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego*, 12.
- Bomba, J., Modrzejewska, R. (2006). Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania. *Psychiatria Polska*, 4, 683 – 695.
- Brassington, G., Atienza, A., Perczek, R., DiLorenzo, T., King, A. (2002). Intervention-related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 80-86.
- Broman, C. (2007). Sexual risk behavior among black adolescents. *Journal of African American Studies*, 11, 180-188.
- Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Scholar.
- Brzezińska, A. (2007). *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.
- Brzezińska, A. (2013) *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- Brzezińska, A., Bardziejewska, M., Ziółkowska, B. (2002). *Szanse rozwoju w okresie dorastania*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzeziński, M., Cierpiałowska, L. (2008). *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Buchanan, C.M., Eccles, J., Becker, J. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- Cabrera, P., Auslander, W., Polgar, M. (2009). Future orientation of adolescents in foster care: relationship to trauma, mental health, HIV risk behaviors. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 2, 271-286.
- Cameron, L. (2008). Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: The case of skin cancer risk. *Psychology and Health*, 23, 1, 91-112.
- Canada' s Physical Activity Guide for Healthy Active Learning (1998). Ontario: Health Canada.
- Carrol, E., Zuckerman, M., Vogel, W. (1982). A test of the optimal level of arousal theory of sensation seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 572-575.

- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *2006 HIV/AIDS surveillance report*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2007). Youth risk behavior surveillance – United States, 2007 (Report No. SS-4). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57, 1-131. Uzyskane z: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/ss/ss5704.pdf>
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2003). *Samopoczucie Polaków w latach 1988 – 2002*. Warszawa: CBOS.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2009). *Samopoczucie Polaków w ostatnim dwudziestoleciu*. Warszawa: CBOS.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2012). *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. Warszawa: CBOS.
- Centrum Onkologii (2007). Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Uzyskane z: <http://epid.coi.waw.pl/krn>, W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chodkiewicz, J. (2010). Temperament a zażywanie narkotyków przez młodzież licealną. W: N. Ogińska – Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Łódź: Wydawnictwo Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi (dawniej Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi).
- Ciairano, S., Kliwer, W., Rabaglietti, E. (2009). Adolescent risk behavior in Italy and The Netherlands. A cross-national study of psychosocial protective factors. *European Psychologist*, 14, 3, 180–192.
- Cohn, L.D., Macfarlane, S., Imai, W., Yanez, C. (1995). Risk Perception: Differences Between Adolescents and Adults. *Health Psychology*, 14, 217 – 222.
- Cole, J., Goudie, A., Field, M., Loverseed, A., Charlton, S., Sumnall, H. (2008). The effects of perceived quality on the behavioural economics of alcohol, amphetamine, cannabis, cocaine, and ecstasy purchases. *Drug Alcohol Depend*, 94, 183-190.
- Conger, J. (1977). *Adolescence and youth: Psychological development in a changing world*. New York: Harper and Row.
- Conn, V. (1997). Older women: social cognitive correlates of health behavior. *Women and Health*, 26, 71-85.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.

- Copeland, A., Kulesza, M., Patterson, S., Terlecki, M. (2009). College student smokers' cognitive appraisal of high-risk activities. *Journal of American College Health*, 58, 3, 203-212.
- Crone, E., Vendel, I., van der Molen, M. (2003). Decision-making in disinhibited adolescents and adults: insensitive to future consequences or driven by immediate reward? *Personality and Individual Differences*, 35, 1624-1641.
- Cyders, M., Zanolini, T., Combs, J., Settles, R. F., Fillmore, M., Smith, G. (2010). Experimental effect of positive urgency on negative outcomes from risk taking and on increased alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 3, 367-375.
- Czabała, Cz. (2000). *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czabała, Cz., Brykczyńska, C., Bobrowski, K., Ostaszewski, K. (2005). Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1, 1 – 9.
- Czapiński, J., Panek, T. (2013). *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.
- Dariotis, J., Sonenstein, F., Gate, G., Capps, R., Astone, N., Pleck, J., Sifakis, F., Zeger, S. (2008). Changes in sexual risk behavior as young men transition to adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40, 4, s. 218-225.
- Deptula, D., Henry, D., Schoeny, M. (2010). How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behavior. *Journal of Family Psychology*, 2010, 24, 6, 731-739.
- DeVellis, B., DeVellis, R. (2000). Self-efficacy and health. W: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (red.), *Handbook of health psychology*, 235-247. Mahwah: Erlbaum.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, Harrington, B. (2001). Condom carrying is not associated with condom use and lower prevalence of sexually transmitted diseases among minority adolescent females. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 444 – 447.
- Diloro, C., Dudley, W., Kelly, M., Soet, J., Mbware, J., Sharpe Potter, J. (2001). Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13 through 15-year-old adolescents. *Journal of adolescent Health*, 29, 208-216.

- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Duffy, E. (1957). The psychological significance of the concept of arousal or activation. *The Psychological Review*, 64, 265-275.
- Durczok, K. (2005). *Wygrać życie (rozmowy przeprowadził Piotr Mucharski)*. Kraków: Znak.
- Eaton, W., Saudino, K. (1992). Prenatal activity level as temperament dimension? Individual differences and developmental functions in fetal movement. *Infant Behavior and Development*, 15, 57 – 70.
- Erikson, E. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). *Sprawozdanie roczne 2008: stan problemu narkotykowego w Europie*, 104-106.
- European School Survey Project on Alcohol and Drugs ESPAD (2011). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. *Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ewart, C.K., Schwarzer R. (1992). The Role of Physical Self-Efficacy in recovery in Heart Attack. W: R. Schwarzer (red.), *Self-Efficacy: Through Control of Action*. Washington DC: Hemisphere.
- Flores, E., Tschann, J., Dimas, J., Pasch, L., de Groat, C. (2010). Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms and health risk behaviors among Mexican American Adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 3, 26-273.
- Ford, K., Lepkowski, J. (2004) Characteristics of sexual partners and STD infections among American adolescents. *International Journal of STD and AIDS*, 15, 260 – 265.
- Fournier, M., Austin, S. B., Samples, C., Goodenow, C., Wylie, S., Corliss, H. (2009). A comparison of weight-related behaviors among high school students who are homeless and non-homeless. *Journal of School Health*, 79, 10, s. 466- 473.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 255-278.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors w: J. E. Stevenson (red.), Recent research in developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 213-233.

- Garus-Pakowska, A., Moczulski, R., Drozdowska, M. (2012). Stosowanie dopalaczy przez studentów wybranych łódzkich uczelni. Cz. I. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 2, 350-355.
- Gaś, Z. (1998). *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gaś, Z. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne WSiP.
- Gawęł, A. (2003). *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gertig, H., Gawęcki, J. (2001). *Słownik terminów żywieniowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gielen, A., *Zachowania prozdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. McDonell, K., O'Compo, P. (2002). Intimate partner violence , HIV status, and sexual risk reduction. *AIDS and Behavior*, 6, 107 – 116.
- Główny Urząd Statystyczny (2006). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Główny Urząd Statystyczny (2011). *Stan zdrowia ludności Polski w 2009r.* Warszawa: Główny urząd Statystyczny
- Główny Urząd Statystyczny (2011). *Zdrowie dzieci młodzieży w 2009 r.* Kraków: Główny Urząd Statystyczny.
- Główny Urząd Statystyczny (2012). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Gniazdowski, A. (1990). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera IMP.
- Gollwitzer, P. (1993). Goal achievement. The role of intentions. W: W. Stroebe, M. Hewstone (red.), *Handbook of motivation and cognition*, T.2. New York: Guilford.
- González, D., Riba, J., Bouso, J., Gómez-Jarabo, G., Barbanoj, M. (2006). Pattern of use and subjective effects of Salvia divinorum among recreational users. *Drug Alcohol Depend*, 85, 157-162.
- Goszczyńska, M., Studenski, R. (2006). *Psychologia zachowań ryzykownych. Koncepcje, badania, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Gottfredson, M.R., Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: Stanford University Press.

- Górnik – Durose, M. (2013). *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Górnik – Durose, M., Jach, Ł. (2013). O zdrowiu w relacji do innych wartości we współczesnej kulturze. W: M. Górnik – Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gromadecka – Sutkiewicz, M. (1999). *Elementy stylu życia wpływające na zdrowie młodzieży szkół ponadpodstawowych*. Poznań: Akademia Medyczna w Poznaniu.
- Grudziak – Sobczyk, E. (1992). Alkohol a młodzież polska. *Alkohol a zdrowie*, 3.
- Grzelak, S. (2009). *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży*. Kraków: Rubikon.
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Adolescent Research*, 15, 231 – 250.
- Gyurcsik, N., Estabrooks, P., Fram-Templar, M. (2003). Exercise-related goals and self-efficacy as correlates of aquatic exercise in individuals with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 15, 306-313.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence: its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. T.1-2. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Harris, D., Guten, S. (1979). Health protective behavior: An explorative study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.
- Hawkins, J. (1992). Risk protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 64-105.
- Health Behaviour in School-aged Children 2010 (2011). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Hebb, D. (1955). Drives and the conceptual nervous system. *Psychological Review*, 62, 243-254.
- Heckhausen, H., Kuhl, J. (1985). From wishes to actions. The dead ends and short cuts on the long way to action. W: M. Frese, J. Sabini (red.), *Goal-directed behavior. The concept of action in psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 134 - 159.
- Hendershot, Ch., Magnan, R., Bryan, A. (2010). Associations of marijuana use and sex-related marijuana expectancies with HIV/STD risk behavior in high-risk adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2010, 24, 3, 404-414.



- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (1997.). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hughes, S., Seymour, R., Campbel, R., Hber, G., Pollak, N., Sharma, L., Desai, P. (2006). Long-term impact of Fit and Strong! On older adults with osteoarthritis. *Gerontologist*, 46, 801-814.
- Hull, C. (1952). *A behavior system*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Igra, V., Irwin, C. E. (2006). Theories of adolescents risk-taking behaviour. W: R. DiClemente, W. Hansen, L. Ponton, (red.), *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York- London: Plenum Press, 35 – 51.
- Imacka, J., Bulsa, M. (2012). Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. *Hygeia Public Health*, 2012, 47 (3), 272 – 276.
- Institute of Medicine of the National Academy (2002). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids*. Uzyskane z: <http://www.iom.edu>
- Irwin, C. E. (1990). The theoretical concept of at-risk adolescents. *Adolescents Medicine: State of the Art Reviews*, 1 – 14.
- Irwin, C.E., Shafer, M. A. (1992). Adolescent sexuality: the problem of negative outcomes of a normative behavior. W: D. Rogers, E. Ginzberg (red.), *Adolescents at risk medical and social perspectives*. Westville Press, Boulder, 35 – 79.
- Ivers, R., Senserrick, T., Boufous, S., Stevenson, M., Chen, H., Woodward, M., Norton, R. (2009). Novice drivers' risky driving behavior, risk perception and crash risk: findings from the drive study. *American Journal of Public Health*, 99, 9, 1638-1644.
- Izdebski, Z. (1993). *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*. Zielona Góra: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Izdebski, Z. (2006). *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997– 2001 – 2005*. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.

- Jegier, Z. (2005). Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych. W: A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak (red.), *Medycyna sportowa*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.
- Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J. (1968). Dimensions of beliefs and feelings concerning three diseases, poliomyelitis, cancer and mental illness. A factor analytic study. *Behavioral Science*, 13, 372 – 381.
- Jessor R., Jessor S. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development*. New York: Academic Press.
- Jodkowska, M. (2006). Samoocena zdrowia i wyglądu. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- John – Borys, M. (2006). Zdrowie psychiczne – przegląd zagadnień. W: M. John – Borys, Z. Dołęga (red.), *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów – wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- John-Borys, M. (2002). *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. (1994). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1993*, t.2. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Johoda, M.(1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jonah, B. (1986). Adolescent risk and risk-taking behavior among young drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 18, 255 – 271.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 14, 54-63.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kalnis, I., Love, R. (1982). Children's concepts of health and illness – and implications for health education: An overview. *Health Education Quarterly*, 1982, 2-3, 104-115.
- Karta Ottawska (1994). W: J. B. Karski, Z. Słońska. B. W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Sanmedia, 423-429.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1997). Pojęcia: zdrowie – choroba w poglądach mieszkańców wsi. *Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna*, 10, 65-74.

- Kazdin, A (1996). Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze. *Nowiny Psychologiczne*, 2.
- Koczurowska, J. (2012). Uzależnienie młodzieży od narkotyków. W: Z. Izdebski (red.), *Zagrożenia okresu dorastania*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Kubacka - Jasińska, D. (2008). Autodestrukcyjna tożsamość a kryzys emocjonalny.. W: D. Kubacka - Jasińska, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kulmatycki, L. (2007). Zdrowie i dobrostan psychiczny. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kunachowicz, H., Nadolna, I., Iwanow, K., Przygoda, B. (2012). *Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lange, J., Reed, M., Croff, J., Clapp, J. (2008). College student use of *Salvia divinorum*. *Drug Alcohol Depend*, 94, 263-266.
- Larson, R., Richards, M.H. (1994). *Divergent realities: the emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Lau, R., Hartman, K., Ware, J. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 1, 25-43.
- Laursen, B., Coy, K.C., Collins, W.A. (1998). Resonsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. W: S. Rachman (red.), *Contribution to medical psychology*, T. 2. Oxford: Pergamon Press.
- Lien, N., Lytle, L., Klepp, K. (2001). Stability In consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Preventive Medicine*, 2001, 33, 3, 217 – 226.
- Loewenstein, G., Weber, E., Hsee, Ch., Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127, 269-286.
- Lopez, R. (2004). *Twój nastolatek. Zdrowie i dobre samopoczucie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lorig, K., Chastain, R., Ung, E., Shoor, S., Holman, H. (1989). Development and evaluation of a scale to measure self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32, 37 – 44.

- Łuczak, J. (2004). Znaczenie wartościowania zdrowia i jego oceny w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 3, część I, 485 – 497.
- Łuszczzyńska, A. (2004). *Zmian zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łuszczzyńska, A., Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy In the adoption and maintenance of breast-self examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*, 18, 93 - 108.
- Łuszczzyńska, A., Schwarzer, R. (2008). Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności – utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno-poznawczej. W: M. Brzeziński, L. Cierpiałowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Maddux, J. (1995). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory research and application*, 37-68. New York: Plenum Press.
- Maddux, J., Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment. Basic principles and issues. W: J. Maddux (red.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory research and application*, 37-68. New York: Plenum Press.
- Malczewski, A., Kidawa, M. (2009). *Używanie substancji psychoaktywnych w populacji generalnej – Wyniki badania z 2009 r.* Warszawa: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Marcia, J. (1980). The process of adolescence. W: J. Adelson (red.), *Handbook of adolescence*. New York: Wiley.
- Mark, A., Janssen, I. (2008). Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. *Journal of Public Health*, 30, 153 – 160.
- Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., Weiss, S. (1984). *Behavioral Health. A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Mateusiak, J., Gwozdecka - Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. W: M. Górnik – Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mateusiak, J., Gwozdecka - Wolniaszek, E., Januszek, M. (2011). Kręte ścieżki pomiaru zdrowia — prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*. R. 6. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Mazur, J. (2010). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Mazur, J., Małkowska-Szcutnik, A. (2011). *Wyniki badań HBSC 2010*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mellibruda, J. (2011). *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie Krakowa*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie.
- Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie (2012). *Postawy uczniów krakowskich szkół wobec substancji psychoaktywnych. Badania ankietowe przeprowadzone przez Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w roku szkolnym 2011/2012*. Kraków: Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień.
- Moore, S., Gullone, E. (1996). Predicting adolescent risk behavior using a personalized cost benefit analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 343-359.
- Moore, S., Gullone, E., McArthur, C. (2004). Risk Taking and HIV/AIDS among young people in Cameroon: Prediction of Vulnerability using the Adolescent Risk-taking Questionnaire. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32, 3, 209 – 221.
- Morris, L., Warren, C., Aral, S. (1993). *Measuring adolescent sexual behaviours and related health outcomes*. Public Health Reports, 108, 31 – 36.
- Moskalewicz, J. (2006). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Murphy, G. (1947). *Personality*. New York: Harper.
- Myers, D., Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- National Institute on Drug Abuse (2009). Methamphetamine turns helper cells into destroyers. *NIDA Notes* 22, 5. Uzyskane z: <http://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2009/11/methamphetamine-turns-helper-cells-destroyers>.
- Norman, D., Rumelhart, D. (1975). *Explorations in cognition*. San Rancisco: Freeman.
- Normandeau, S., Kalnis, I., Jutras, S., Hanigan, D. (1998). A description of 5- to 12-year old children's conception of health within the context of their daily life. *Psychology and Health*, 889-896.
- O'Leary, A., Maibach, E., Ambrose, T., Jemmot, J., Celentano, D. (2000). Social cognitive predictors of sexual risk behavior change among STD clinic patients. *AIDS and Behavior*, 4, 309-316.

- Oblacińska, A., Woynarowska, B. (2005). *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Obuchowska, I. (2000). *Adolescencja*. W: B. Harwas- Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
- Obuchowski, K. (1996). *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zys i S-ka.
- Ogińska – Bulik, N. (2004). *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska – Bulik, N. (2010). *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Łódź: Wydawnictwo Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi (dawniej Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi).
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w drodze globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Osgood, G.W., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *An Sociological Review*, 53, 81 – 93.
- Ostaszewski, K. (1995). Zastosowanie techniki Draw And Write do oceny skuteczności szkolnego programu profilaktyki uzależnień Spójrz Inaczej. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 19.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARPA (2008). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce*. Warszawa: CBOS.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Partner In Business Strategies PBS (dawniej Pracownia Badań Społecznych) (2011). *Badanie dotyczące używania środków psychoaktywnych przez młodzież szkolną województwa pomorskiego. Raport końcowy z badania przygotowany przez PBS na potrzeby Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego*. Sopot: PBS.
- Pavarin, R. (2006). Substance use and related problem: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Ann Ist Super Sanita*, 42, 477-484.

- Pawelski, A. (1997). Przedwczesna inicjacja seksualna jako czynnik zagrożenia AIDS. *Seksuologia*, 5-6.
- Pearson, P. (1970). Relationships between Global and Specified Measures of Novelty Seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 199-204.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey S., Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Piaget, J. (1962). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piko, B., Gibbons, F., Luszczynska, A. Tekozel, M. (2003). Health-related behaviors of adolescents: Lifestyle from culture perspective. *European Journal of Public Health*, 15, 393–398.
- Poprawa, R. (2008). Przekonania i wiedza na temat alkoholu a ryzyko problemów alkoholowych wśród dorastającej młodzieży. W: A. Grabowiec, J. Bogucki, A. Bochniarz (red.), *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Edukacja wobec współczesnych zagrożeń zdrowia*. Lublin: NeuroCentrum.
- Poulose, B., Srinivasan, K. (2009). High risk behaviors following alcohol use in alcohol dependant men. *Indian Journal of Medical Research*, 129, s. 376-381.
- Prochaska, J., Di Clemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J., Di Clemente, C. (1992). Stages of change In the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184-218.
- Prochaska, J., Di Clemente, C. (1998). Comments, criteria, and creating better models: In response to Davidson. W: W. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors*. New York, Plenum Press.
- Prochaska, J., Salis, J., Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents In primary care. *Archives Paediatric Adolescent Medicine*, 5, 554 – 559.
- Puchalski, K. (1994). Kryteria zdrowia w świadomości potocznej. Promocja zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna*, 1-2, 53 - 69.
- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr n. med. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia.
- Quadrel, M., Fischhoff, B., Davis, W. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.

- Raport Krajowy 2009 (2009). *Sytuacja narkotykowa w Polsce*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 r. w województwie małopolskim (2011). *Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania*. Kraków: Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie.
- Renner, B., Knoll, N., Schwarzer, R. (2000). Age and body weight make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, 143-159.
- Rich, L., Kim, S. (2002). Employment and the sexual and reproductive behavior of female adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 127 – 134.
- Rod, N., Gronbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., Kristensen, T. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behavior and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 266, s. 467-475.
- Rodin, J., Salovey, P. (1997). Psychologia zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rogers, R. (1983). A protection motivation theory for fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenbloom, T. (2003). Risk evaluation and risky behavior of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31, 375-387.
- Rosenstock, I., Derryberry, M., Carriger, B. (1959). Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. *Public Health Reports*, 74, 98-104.
- Rosińska, A. (2006). *Uwarunkowania gotowości do prozdrowotnej zmiany zachowań u młodzieży pijącej alkohol*. Poznań: nieopublikowana praca doktorska Instytut Psychologii UAM.
- Roysamb, E. (1997). Risk behavior: toward a model of affectively construed action. *Personality and Individual Differences*, 22, 33 – 46.
- Sadowski, B. (2007). *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sadowski, B. (2007). *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behaviour. W: L.D. Cameron, H. Leventhal (red.), *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*, 17–41. London: Routledge.



- Schmidt, L. R., Frohling, H. (2000). Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Psychology and Health*, 15, 229 – 238.
- Schmidt, L. R., Lehmkuhl, G. (1994). Krankheits-Konzepte bei Kindern. Literatureubersicht. *Fortschritte – der Neurologie -Psychiatrie*, 62, 2, Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag, 50 – 65.
- Schmidt, M., Sharma, A., Schifano, F., Feinmann, C. (2011). “Legal highs” on the net – Evaluation of UK-based Websites, products and product information. *Forensic Science International*, 206, 92–97.
- Schwarzer, R. (1990). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Gottingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action*, 217-242. Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universitat Berlin.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schwarzer, R. (2001). Stress, resources and proactive doping. *Applied Psychology. An International Review*, 50, 400-407.
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and doping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495.
- Schwarzer, R., Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, 163-196. Buckingham, UK: Open University Press.
- Sęk, H. (1993). Zdrowie psychiczne. W: S. Pużyński (red), *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL, 537 – 538.
- Sęk, H. (1997). Psychologia wobec promocji zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (1997). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Sęk, H. (2002). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i element psychologii stosowanej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Shiffman, R., Balabanis, M., Paty, J., Engberg, J., Gwaltney C., Liu, K., Gnys, M., Hicokcox, M., Paton, S. (2000). Dynamic effects of self – efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology*, 19, 315 – 323.
- Sierosławski, J. (2005). Badania szkolne na temat używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (ESPAD). Polska młodzież na tle Europy. W: A. Zieliński (red.), *Ewolucja wzorów używania alkoholu przez młodzież w Polsce w XX wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Skalbania, B. (2009). Poradnictwo pedagogiczne. *Przegląd wybranych zagadnień*. Kraków: Impuls.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 1, 1-2, 37-52.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Slovic, P. (2004). *Risk as feelings and risk as analysis. Risk decision and human error*. Rovereto: University of Trento.
- Slovic, P., MacGregor, D., Peters, E. 1998. *Imagery, affect and Decision making. Decision Peserch*. Eugene: OR.
- Sneed, C. (2009). Sexual risk behavior among early initiators of sexual intercourse. *AIDS Care*, 21, 11, 1395-1400.
- Sokołowska, M. (1980). *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Solomon, Z., Ginzburg, K., Neria, Y., Ohry, A. (1995). Coping with car captivity. The role of sensation seeking. *European Journal of Personality*, 9, 57-70.
- Soomar, J., Flisher, A., Mathewss, C. (2009). Sexual coercion and adolescent risk behavior: a systematic literature review. *Journal of Child and adolescent Mental Health*, 21, 2, 103-126.
- Staicu, M. L., Cutov, M. (2010). Anger and health risk behaviors. *Journal of Medicine and Life*, 3, 4, 372-375.
- Steinhardt, M., Dishman, R. (1989). Reliability and validity of expected outcomes and barriers for habitual physical activity. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 536-546.

- Stephens, M. A., Wertz, J. S., Roffman, R. A. (1995). Self – efficacy and marijuana cessation: a construct validity analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1022 - 1031.
- Stępień, E., Frączek, A. (1992). Palenie i picie a inne zachowania związane ze zdrowiem i antynormatywne wśród dorastających. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 29–36.
- Strelau, J. (1974). *Rola cech temperamentalnych w działaniu*. Wrocław: Ossolineum.
- Strelau, J. (1978). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Strelau, J. (1985). *Temperament, osobowość, działanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J. (1989). Temperament Risc Factors in Children and Adolescents as studied in Eastern Europe. W: W. B. Carey, S. C. Mc Devitt (red.), *Clinical and Educational applications of Temperamental Research*. Lisse: Swetseitinger.
- Strelau, J. (1992). *Badania nad temperamentem: Teoria, Diagnoza, Zastosowania*. Warszawa: Ossolineum.
- Strelau, J. (2002a). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J. (2002b) *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i element psychologii stosowanej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J. (2006). *Temperament jako regulator zachowania. Z perspektywy półwiecza badań*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- Strelau, J., Zawadzki, B. (1993). The Formal Characteristic of Behaviour – Temperament Inventory: Theoretical assumptions and scale construction. *European Journal of Personality*, 7, 313 – 336.
- Stuewig, J., Tangney, J., Mashek, D., Forkner, P., Dearing, R. (2009). The moral emotions, alcohol dependence and HIV risk behavior in an incarcerated sample. *Substance Use and Misuse*, 44, 449-471.
- Suchańska, A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestrukcyjności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sulek, A. (1989). Wartości życiowe dwóch pokoleń W: S. Nowak (red.), *Ciągłość i zmiana tradycji kulturowej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 293 – 314.
- Świda – Ziemia, H. (1993). Wartości młodzieży licealnej – ankieta jako metoda badawcza. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2, 148, 3 – 29.
- Szczeklik, A., Tendera. M. (1991). *Kardiologia*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.

- Szymańska, J. (2002). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomoc Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Szymańska, M., Sokołowska, M., Kręcis, A., Woynarowska, B. (1994). *Zdrowie dla życia. Program edukacji zdrowotnej w szkole promującej zdrowie. Materiały dla nauczycieli klas 0 – III*. Warszawa: Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.
- Szymborski, J. (2012). *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Takura, M., Wake, N., Kobayashi, M. (2010). The contextual effect of school satisfaction on health-risk behaviors in Japanese high school students. *Journal of School Health*, 80, 11, 544-551.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group (2001). Social-cognitive theory mediators of behavior change in the National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial. *Health Psychology*, 20, 369-376.
- Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tomaszewski, T. (1975). Człowiek w sytuacji. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Turk, D. O., Rudy, T. E., Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453 – 474.
- Tylka, J. (1994). *Czynnik psychiczny w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca*. Rozprawa habilitacyjna. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Kardiologii.
- Tylka, J. (2010). Zagadnienia psychologiczne w kardiologii. W: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. T. 2, 1093-1098. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna.
- Ulleberg, P., Rundmo, T. (2003). Personality, attitudes and risk perception as predictors of risky driving behavior among young drivers. *Saf Sci*, 41, 427-443.
- Veerecken, C. (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and life style correlates In schoolchildren In 41 countries participating In the HBSC study. *International Journal of Public Health*, Volume 54 Suppl 2, 2009b, 180 – 190.

- Vohra, R., Seefeld, A., Cantrell, F., Clark, R. (2011). Salvia divinorum: Exposures reported to a statewide poison control system over 10 years. *Journal of Emergency Medicine*, 40, 6, 643-650.
- Wallston, K., Wallston. B. (1982). Who is responsible for your health. The construct of health locus of control. W: G. Sanders, J. Suls (red.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weinstein, N., Sandman, P. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170 – 180.
- Weinstock, H., Berman, S., Cates, W. (2004). Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 6-10.
- Weker, H., Rudzka- Kańtoch, Z. (1995). Postępowanie dietetyczne u dzieci otyłością prostą. W: A. Oblacińska, B. Woynarowska (red.), *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Wells, P., Tong, S., Genderton, B., Grayson, G., Jones, E. (2008). Cohort II: A study of learner and new drivers volume 1 – Main Report. London: Transport Research Laboratory, Department for Transport, 2008. *Road Safety Research Report*, 81.
- Wenzel, M. (2004). *Wartości życiowe*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.
- Whaley, D. (2003). Future-oriented self-perceptions and exercise behavior in middle-aged women. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 1-18.
- Whitney, S., Renner, L., Herrenkohl, T. (2010). Gender differences in risk and promotive classifications associated with adolescent delinquency. *The Journal of Genetic Psychology*, 171, 2, 116-138.
- Widgate, J., Brawley, L., Weston, Z. (2005). Maintenance cardiac rehabilitation exercise adherence: Effects of task and self-regulatory self-efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 183-197.
- Wiliński, M. (2007). Rozwój i wychowanie nastolatka. W: A. Brzezińska (red.), *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS.
- Willet, W. (2002). Eat, drink, and be healthy. *The Harvard Medical School guide to healthy eating*. New York: Fireside.
- Williams, T., Bond, M. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 127-141.

- Williams, T., Wetton, N., Moon, A. (1989). A picture of health. What do you do that makes you healthy and keeps you healthy? *The Health Education Authority*.
- Willner, P. (2001). A view through the gateway: expectancies and a possible pathway from alcohol to cannabis. *Addiction*, 96, 691-703.
- Wojciechowska, J. (2013). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- World Health Organization WHO (2002). *WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization WHO (2004). *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary Report*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation, The University of Melbourne.
- World Health Organization WHO (2005). *The European health Report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Woynarowska, B. (2004). Zachowania żywieniowe u młodzieży w wieku 11 – 15 lat Polsce i ich niektóre skutki zdrowotne i społeczne. *Standardy Medyczne*, 1, 87 – 94.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska, B. (2007). Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woynarowska, B., Kowalewska, A., Izdebski, Z., Komosińska, K. (2010). *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniakova, Y. (2006). Zdrowie psychiczne jako ważny aspekt subiektywnych koncepcji zdrowia dzieci w wieku szkolnym. W: M. John – Borys, Z. Dołęga (red.), *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów – wstęp do działań profilaktycznych*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin.
- Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Difin.

- Zaleśkiewicz, T. (2005). *Przyjemność czy konieczność. Psychologia spostrzegania podejmowania ryzyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zaleśkiewicz, T. (2006). Ryzyko jako konieczność i ryzyko jako przyjemność. Teoria i jej empiryczna weryfikacja. W: M. Goszczyńska, R. Studenski (red.), *Psychologia zachowań ryzykownych. Koncepcje, badania, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Zawadzki, B. (2002). *Temperament – geny i środowisko. Porównania wewnątrz- i międzypopulacyjne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (1997). *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu*. Warszawa: Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2003). Trzy podstawowe typy, czy cztery struktury temperamentu? *Czasopismo Psychologiczne*, 2, 9, 271 – 285.
- Zawilska, J., Wojcieszak, J., Kuna, P. (2010). Salwinoryna A: działania farmakologiczne, konsekwencje kliniczne. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2, 91–100.
- Zieliński, A. (2005). *Ewolucja wzorów używania alkoholu przez młodzież w Polsce w XX wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Zimbardo, P., Johnson, R., McCann, V. (2012a). *Psychologia. Podstawy psychologii*, T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P., Johnson, R., McCann, V. (2012b). *Psychologia. Struktura i funkcje świadomości*, T. 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, B. (2013). Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i pomagać? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- Ziółkowska, B. (2013). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation Seeking: A comparative approach to a human trait. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 413-471.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. New York: Cambridge University Press.

## Streszczenie

Celem badań było ustalenie znaczenia czynników poznawczych i temperamentalnych dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przez młodzież u progu dorosłości. Wybór okresu adolescencji wynikał z założenia, że jest to czas krytyczny dla kształtowania tego rodzaju zachowań. Można oczekiwać zdecydowanie lepszej skuteczności oddziaływań profilaktycznych, skierowanych na promocję zachowań prozdrowotnych, oraz eliminowanie zachowań ryzykownych, kiedy podejmowane jest to wobec osób młodych.

Teoretyczną podstawę badań stanowił procesualny model zachowań zdrowotnych Schwarzera HAPA (Health Action Process Approach) (Łuszczynska, Schwarzer, 2003) rozszerzony o czynniki temperamentalne. W ocenie czynników istotnych dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, obok wyznaczników temperamentalnych, brano pod uwagę wyznaczniki poznawcze: oczekiwania dotyczące zachowań (ocena wartości stymulacyjnej zachowań ryzykownych oraz wartości zdrowotnej zachowań prozdrowotnych), posiadaną koncepcję zdrowia, poczucie własnej skuteczności oraz, w charakterze zmiennej pośredniczącej, subiektywną percepcję własnego zdrowia. Celem badań było również ustalenie częstości występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych oraz opisanie koncepcji zdrowia u młodzieży, pokazanie jej możliwego zróżnicowania, ułożenia zdrowia pośród innych wartości, jak również ustalenie atrybutów i kryteriów jakie badani przypisują zdrowiu.

Badanie odbywało się w dwóch etapach. Podczas etapu I przeprowadzono badania następującymi narzędziami: skalą nasilenia zachowań prozdrowotnych, skalą częstości występowania zachowań ryzykownych - skala ARQ (The Adolescent Risk-Taking Questionnaire) (Gullonne, Moore, Moss, Boyd, 2000 w polskiej adaptacji własnej (zmodyfikowana wersja), cech temperamentu - Kwestionariusz FCZ - KRTT Strelau i Zawadzki (1993, 1997), kwestionariuszem uogólnionego poczucia własnej skuteczności – kwestionariusz GSES Schwarzera (Juczyński, 2001), skalą oceny wartości zdrowotnej podejmowanych zachowań prozdrowotnych, skalą oceny wartości stymulującej podejmowanych zachowań ryzykownych (Gullone i in., 2000). Etap II został przeprowadzony po upływie mniej więcej 5 tygodni. Badani wypełniali kwestionariusze: skalę atrybutów zdrowia – skalą ocen opartą na metodzie dyferencjału semantycznego



Osgooda, skalę kryteriów przypisywanych zdrowiu – skala LKZ (Juczyński, 2001), skalę lokowania zdrowia pośród innych wartości – skala LWO (Juczyński, 2001) oraz skalę subiektywnej percepcji zdrowia – Kwestionariusz Percepcji Zdrowia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009). Grupę badaną w I etapie stanowiło 345 uczniów liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego oraz technikum, w wieku 17 – 19 lat, z terenu miasta Krakowa. Po II etapie badań prawidłowo wypełnione kwestionariusze otrzymano od 276 osób w tym samym przedziale wieku.

Wyniki wskazują, że zarówno zachowania prozdrowotne jak i ryzykowne młodzieży mają poznawcze i temperamentalne uwarunkowania, chociaż układ wyznaczników jest zróżnicowany dla poszczególnych form zachowań. Spośród cech temperamentu najczęściej ujawniła swój wpływ aktywność, sprzyjająca, bezpośrednio lub pośrednio, podejmowaniu wszystkich ośmiu grup zachowań. W przypadku czynników o poznawczym charakterze najważniejsze okazały się być oczekiwania odnośnie zachowań, ocena ich stymulacyjnej lub zdrowotnej wartości. Potwierdza to koncepcję podejmowania zachowań zdrowotnych sformułowaną przez Schwarzera (1997), a co więcej, pokazuje, że oczekiwania są również ważne w przypadku podejmowania zachowań ryzykownych, chociaż ich treścią jest wtedy wartość stymulacyjna. Jednocześnie, drugi istotny czynnik w koncepcji Schwarzera, poczucie własnej skuteczności, okazało się być bez znaczenia dla podejmowania zachowań prozdrowotnych czy ryzykownych, jeżeli jego wpływ był oceniany w interakcji z innymi wyznacznikami. Natomiast kolejny poznawczy wyznacznik, subiektywna percepcja zdrowia, to jak osoba ocenia swój stan somatyczny i psychiczny, okazała się być znacząca dla wszystkich rodzajów zachowań prozdrowotnych i jednego z ryzykownych.

Najczęściej podejmowane zachowania prozdrowotne przez młodych ludzi to działania związane z elementarną higieną fizyczną i psychiczną. Stosunkowo często podejmowane były zachowania związane ze zdrowym trybem życia. Najrzadziej – działania profilaktyczne.

Do zachowań ryzykownych podejmowanych najczęściej należały działania wynikające z beztroski, takie jak jazda na rowerze lub rolkach bez kasku. Generalnie zdecydowana większość zachowań ryzykownych była podejmowana przez niewielką liczbę badanych. Częstotliwość podejmowania obu rodzajów zachowań była pozytywnie

skorelowana z oczekiwaniami dotyczącymi zachowań (ocena prozdrowotnej wartości zachowań zdrowotnych i stymulacyjnej wartości ryzykownych).

Wyniki dotyczące koncepcji zdrowia wskazują, że zdrowie jest wartością usytuowaną wysoko w hierarchii osobistej, ale nie najwyższej a bycie zdrowym jest łączone z hedonistycznymi i sprawnościowymi kryteriami zdrowia. W badaniach ujawniło się również zróżnicowanie osób, ze względu na atrybuty przypisywane zdrowiu, zaznaczające się na ogólnym wymiarze „stabilność – niestabilność”.

## **Abstract**

The aim of the study was to evaluate the significance of cognitive and temperamental factors for health and risk behaviors in adolescents. It was assumed that adolescence is a critical period for shaping behaviors of that sort and thus creating better perspectives for prevention. Expected results could help in developing more effective health prevention programmes.

The study was based on a theoretical model HAPA (Health Action Process Approach) by Schwarzer extended with individual predispositions (temperament). Two groups of factors were analysed as explaining health and risk behaviors, cognitive and temperamental. As cognitive behavior expectations (stimulative and health promoting respectively) together with individual concept of health, perception of one's own health and self efficacy were taken into consideration. The study was also aimed at the frequency of risk and health behaviors in adolescents as well as on the description of their personal concept of health.

The study had two stages. In stage one self report measures of the frequency of behaviors, behavior expectations, self efficacy and temperamental traits were used. In stage two, after approximately 5 weeks, scales measuring several aspects of individual concept of health as well as perception of one's own health were given. The participants were 345 adolescents aged 17-19 in stage one and 276 in stage two.

Results indicate, that both health and risk behaviors had cognitive and temperamental determinants, however the configuration of factors was different in case of particular behaviors. Temperamental trait of activity appeared to be the most significant factor together with behavior expectations. In case of the latter predictions based on HAPA model were confirmed, but on the other side, self efficacy, appeared to be irrelevant when analysed in interaction with other factors. Perception of one's own health revealed its significance in case of all groups of health behaviors and one group of risk behaviors.

The most frequent health behaviors were those connected with elementary hygiene, preserving physical and mental health. Healthy life style behaviors were less frequent and preventive behaviors the least. Careless behaviors were the most frequent risk behaviors but generally risk behaviors were less frequent than those aimed at preserving health.

Behavior expectations were positively correlated with the frequency of corresponding behaviors.

Health appeared to have high rank in the hierarchy of individual values, but not the highest, and being healthy was understood in terms of hedonism and efficiency. There were also differences in characteristics attributed to health that can be situated on „stability – unstability” dimension.

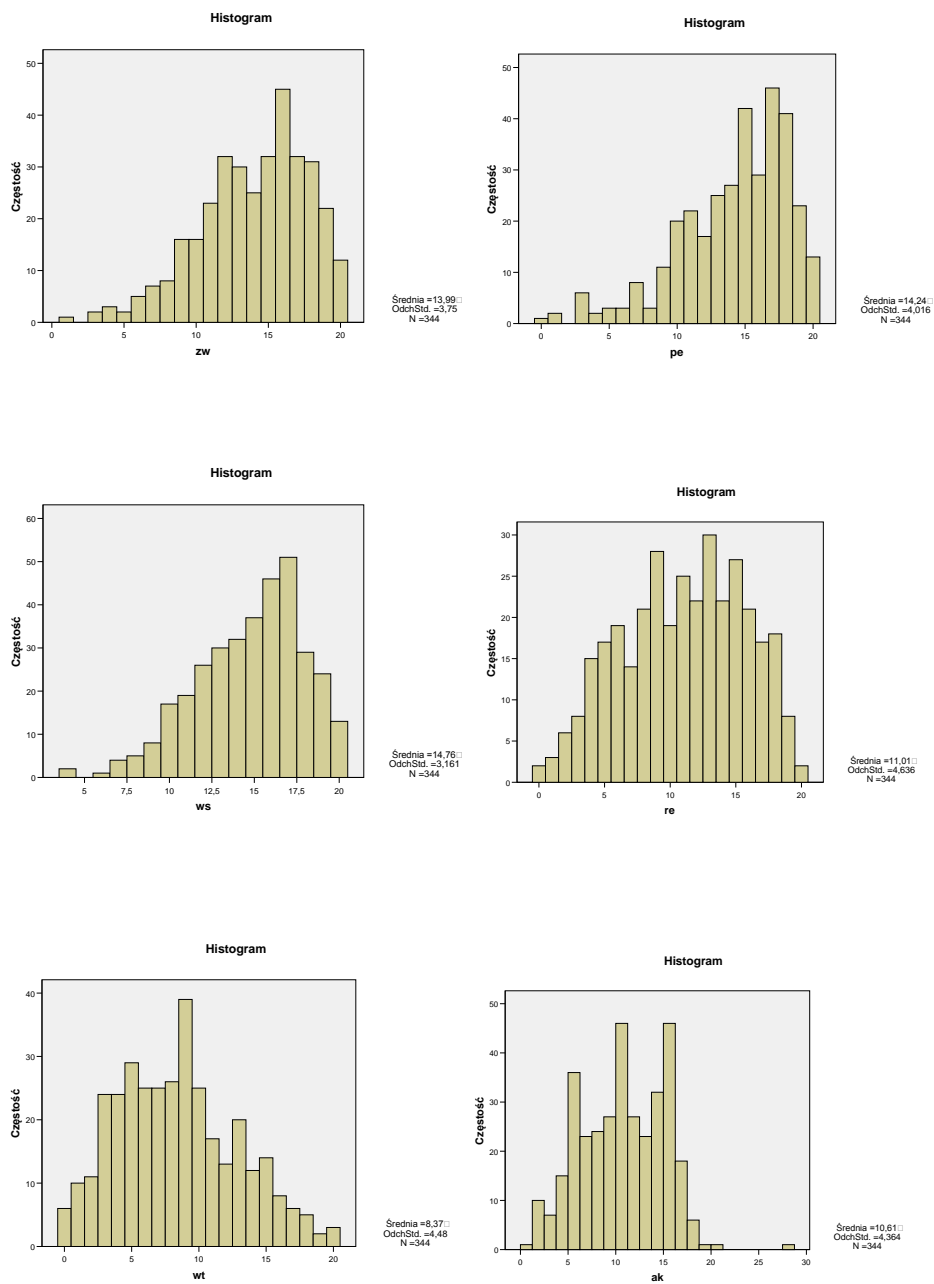
## Aneks nr 1

### Statystyki opisowe kwestionariuszy

Tabela A.1

Wyniki surowe kwestionariusza FCZ-KRTT (Strelau, Zawadzki, 1993, 1997) w badanej grupie (statystyka opisowa,  $n = 345$ )

	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza
Żwawość	13,99	3,75	1	20	-0,625	0,054
Perseweratywność	14,24	4,01	0	20	-0,991	0,828
Wrażliwość sensoryczna	14,76	3,16	4	20	-0,592	0,034
Reaktywność	11,01	4,63	0	20	-0,198	-0,836
Wytrzymałość	8,37	4,48	0	20	0,350	-0,478
Aktywność	10,61	4,36	1	20	-0,001	-0,330



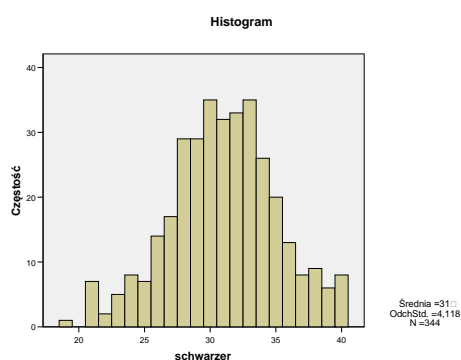
Rys. A.1

Wyniki kwestionariusza FCZ – KRTT – histogramy

Tabela A.2

Wyniki surowe kwestionariusza GSES (Schwarzer, w polskiej adaptacji Juczyński, 2001)) w badanej grupie (statystyka opisowa, n = 345)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza
Poczucie własnej skuteczności – wynik ogólny	31	4,12	19	40	-0,139	0,002



Rysunek A.2

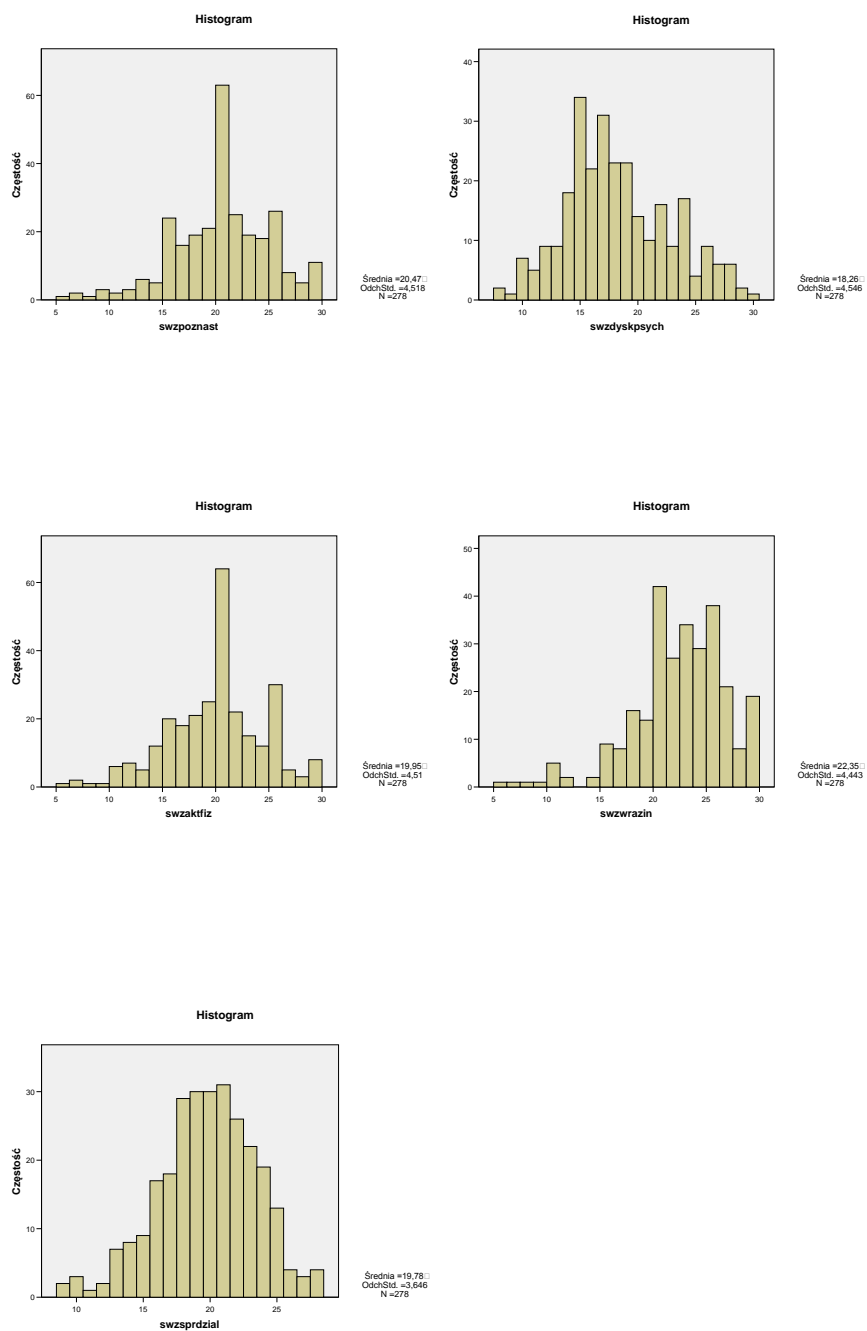
Wyniki kwestionariusza GSES – histogramy

Tabela A.3.

Wyniki surowe Kwestionariusza Percepcji Zdrowia (Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, Mateusiak, 2009) w badanej grupie (statystyka opisowa, n = 276)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Skośność	Kurtoza
Pozytywne nastawienie	20,47	4,52	5	30	-0,398	0,558
Dyskomfort psychiczny	18,26	4,54	8	30	0,354	-0,361
Aktywność fizyczna	19,95	4,51	6	30	-0,335	0,203
Wrażliwość na innych	22,35	4,44	5	30	-0,850	1,342
Sprawność działania	19,78	3,64	9	28	-0,332	0,142





Rysunek A.3

Wyniki kwestionariusza mierzącego subiektywną ocenę zdrowia - histogramy

## Aneks nr 2

### Pakiet kwestionariuszy stosowany w badaniach

Płeć K M Wiek ..... Hasło ..... Szkoła ..... Klasa ..... Prawo jazdy T N

Niniejsze badanie ma na celu poznanie zachowań, występujących u młodzieży szkół średnich, które nie są obojętne dla zdrowia oraz postaw i poglądów związanych ze zdrowiem.

Badanie jest anonimowe. Jego wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Kwestionariusz ma kilka części, różniących się instrukcją. Przeczytaj uważnie pytania i odpowiedz, zgodnie ze swoimi przekonaniem i wiedzą. Prosimy o szczere wypowiedzi. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych.

#### I

Poniżej znajduje się lista różnych form aktywności podejmowanych przez niektórych ludzi. Przeczytaj każde uważnie i zaznacz **jak często Ty je podejmujesz**.

Pamiętaj, aby wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Twoje zachowania.

1	Uprawianie sportu/gimnastyka	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
2	Zdrowe odżywianie/odpowiednio zbilansowana dieta	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
3	Taniec	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
4	Wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
5	Jedzenie regularnych posiłków	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

6	Picie dużej ilości wody	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
7	Unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
8	Zapewnianie sobie odpowiedniego czasu na sen	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
9	Dbłość o higienę osobistą	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
10	Dbłość o wypoczynek i relaks	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
11	Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
12	Jedzenie owoców i warzyw	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
13	Ubieranie się stosownie do pory roku	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
14	Poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskim	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
15	Dbanie o dobry stan psychiczny	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
16	Budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
17	Prowadzenie unormowanego trybu życia	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

18	Unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
19	Jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel)	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
20	Dbanie o kontakt z naturą	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
21	Częste mycie rąk	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
22	Unikanie złych emocji i stresu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
23	Kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
24	Dbanie o spokój i harmonię ciała i ducha	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
25	Dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

1	Palenie papierosów	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
2	Prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
3	Skoki ze spadochronem	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
4	Przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
5	Przejażdżki kradzionym samochodem	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
6	Uprawianie sztuk walki	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
7	Picie alkoholu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
8	Pozostawianie poza domem do późna w nocy	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
9	Prowadzenie samochodu bez prawa jazdy	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
10	Upijanie się	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
11	Wąchanie benzyny albo kleju	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
12	Uprawienie seksu bez zabezpieczenia	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

13	Wagarowanie	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
14	Zaczeplanie, drażnienie, prowokowanie innych	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
15	Brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
16	Branie narkotyków	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
17	Przejadanie się	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
18	Palenie marihuany	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
19	Skoki na bungee	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
20	Przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
21	Jazda na rowerze/ rolkach bez kasku	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
22	Uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
23	Szybka jazda pod wpływem środków odurzających	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
24	Skoki do wody „na główkę”	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

25	Wdawanie się w bójki	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
26	Przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
27	Wspinaczka wysokogórska	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
28	Nurkowanie	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
29	Jazda motocyklem	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
30	Balansowanie na barierce mostu	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
31	Chodzenie do solarium	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często
32	Używanie dopalaczy	nigdy	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często

## II

Kwestionariusz ten zawiera stwierdzenia, które dotyczą różnych cech temperamentu.

Proszę ustosunkować się do wszystkich stwierdzeń. Proszę o przedstawienie szczerej oceny siebie, dotyczącej tego jakim Pan (jaką była Pani) w przybliżeniu przez ostatni rok (ostatnie kilka lat), a nie jakim chciałby Pan (jaką chciałaby Pani) być. Pomocą w ustosunkowaniu się do stwierdzeń może być porównanie własnej osoby ze znanymi Panu (Pani) osobami tej samej płci i mniej więcej w tym samym wieku. Żadna z odpowiedzi w kwestionariuszu nie jest dobra lub zła, każdy temperament ma swoje zalety.

Oczywiście zachowanie i poglądy zmieniają się w zależności od sytuacji. Proszę jednak dokonać ogólnej oceny mówiącej jaki Pan jest (jaka Pani jest) zazwyczaj.

Na każde stwierdzenie można odpowiedzieć „Tak” lub „Nie”. Proszę o uważne przeczytanie każdego stwierdzenia i podjęcie decyzji, która z odpowiedzi odnosi się do Pana (Pani). Naturalnie udzielanie odpowiedzi „Tak” lub „Nie” może być trudne w niektórych przypadkach, jednakże w każdym z nich proszę o takie wyrażenie sądu o sobie, by zdecydowana odpowiedź była możliwa. Odpowiedź tę proszę zaznaczyć kółkiem. Na przykład:

Chętnie wykonuję kilka czynności jednocześnie. Tak                      Nie

Czuję się zmęczony (zmęczona) po dniu wyłożonej pracy. Tak                      Nie

W przypadku, gdy zechce Pan (Pani) zmienić odpowiedź, proszę przekreślić odpowiedź niewłaściwą i zaznaczyć kółkiem odpowiedź właściwą.

1.	Jeśli śpię krócej niż zwykle, to następnego dnia czuję się rozbity (rozbita) i zmęczony (zmęczona).	Tak	Nie
2.	W nocy dostrzegam płynące po niebie chmury.	Tak	Nie
3.	Staram się tak zorganizować sobie wakacje, żeby mieć dużo wrażeń.	Tak	Nie
4.	Kiedy podejmę decyzję, to zwykle przestaję już o niej myśleć.	Tak	Nie
5.	Często odwiedzam swoich znajomych.	Tak	Nie
6.	Jeśli jestem czymś przejęty (przejęta), to w rozmowie ciągle wracam do tego tematu.	Tak	Nie
7.	Czuję nawet delikatny zapach kwiatów.	Tak	Nie
8.	Zwykle pracuję szybko, nawet jeśli mam dużo czasu.	Tak	Nie
9.	Zachowuję świeżość i siły, nawet po długiej podróży.	Tak	Nie
10.	Bez większego trudu potrafię wykonywać kilka czynności równocześnie.	Tak	Nie
11.	Często ryzykuję dla samej przyjemności ryzyka.	Tak	Nie



12.	Wyprowadza mnie z równowagi trzaskanie drzwiami.	Tak	Nie
13.	Zwraca moja uwagę zmiana smaku wody, gdy przebywam w nowym miejscu.	Tak	Nie
14.	W czasie urlopu (wakacji) poświęcam sporo czasu na zajęcia sportowe.	Tak	Nie
15.	Niepowodzenie i trudności zwykle zniechęcają mnie do pracy.	Tak	Nie
16.	Jestem w stanie kontynuować pracę, pomimo zmęczenia.	Tak	Nie
17.	Zdarza mi się nucić przez cały dzień tę samą melodię.	Tak	Nie
18.	Potrafię się odprężyć w hałaśliwym pomieszczeniu.	Tak	Nie
19.	Zwykle zdążam odskoczyć, aby nie ochlapał mnie samochód.	Tak	Nie
20.	Często mam trudności z określeniem smaku potrawy, nawet jeśli bardzo się staram.	Tak	Nie
21.	Często brakuje mi słów, jeśli muszę powiedzieć coś bez przygotowania wobec dużej grupy osób.	Tak	Nie
22.	Jeśli wieczorem pokłóć się z kimś, to rano budzę się z myślą o tym.	Tak	Nie
23.	Zwykle czuję zapach używanych przez kogoś kosmetyków.	Tak	Nie
24.	Jestem bardzo rozdrażniony (rozdrażniona), jeśli coś mnie boli.	Tak	Nie
25.	Tak organizuję urlop, żeby móc korzystać z rozrywek, których nie mam na co dzień.	Tak	Nie
26.	W czasie upałów mogę intensywnie pracować.	Tak	Nie
27.	W stanach napięcia często powtarzam pewne czynności, np. poprawiam włosy, ubranie, pocieram twarz.	Tak	Nie
28.	Staram się korzystać z każdej okazji poznania ciekawych osób.	Tak	Nie
29.	Umiem szybko organizować sobie pracę (zmienić plany), jeśli muszę kogoś nagle zastąpić.	Tak	Nie
30.	Czuję tylko silny powiew wiatru czy przewiew w mieszkaniu.	Tak	Nie
31.	Rzadko bywam spięty (spięta) i zaniepokojony (zaniepokojona).	Tak	Nie
32.	Unikam brania udziału w imprezach masowych (np. kiermaszach, festynach), gromadzących tłumy ludzi.	Tak	Nie
33.	Zwykle wolno chodzę po schodach.	Tak	Nie
34.	Jeśli źle się czuję – np. jestem zmęczony (zmęczona), boli mnie głowa – to denerwują mnie głośne rozmowy lub grające radio.	Tak	Nie
35.	Tracę pewność siebie, gdy mnie ktoś krytykuje.	Tak	Nie
36.	Zwykle od razu przestaję myśleć o czynnościach, które wykonałem (wykonywałem) przez dłuższy czas.	Tak	Nie
37.	Zwykle w ciągu dnia muszę zrobić kilka przerw na odpoczynek.	Tak	Nie

38.	Dostrzegam migotanie gwiazd.	Tak	Nie
39.	Jeśli jestem zdenerwowany (zdenerwowana), to mam trudności ze skupieniem się nad książką lub gazetą, np. opuszczam fragmenty, czytam kilkakrotnie to samo zdanie.	Tak	Nie
40.	Czuję smak jedynie ostrych przypraw dodanych do potraw.	Tak	Nie
41.	Jestem bardzo zmęczony (zmęczona) jeśli przez kilka godzin wykonywałem (wykonywałam) coś w skupieniu.	Tak	Nie
42.	Bez trudu potrafię pogodzić się ze stratą, np. zgubieniem czy zniszczeniem jakiegoś przedmiotu.	Tak	Nie
43.	Potrafię pracować w hałasie.	Tak	Nie
44.	Bardzo się denerwuję przed egzaminami czy ważnymi spotkaniami.	Tak	Nie
45.	Zazwyczaj zdążam złapać spadający przedmiot, np. długopis, łyżeczkę.	Tak	Nie
46.	Przed wyjściem z domu kilkakrotnie wykonuje pewne stałe czynności, np. poprawiam włosy, ubranie.	Tak	Nie
47.	Czuję tylko silne zapachy.	Tak	Nie
48.	Wpadam w panikę, jeśli zabłądzę w nie znanej mi okolicy, np. w lesie, w górach.	Tak	Nie
49.	Tracę wprawę, jeśli przez dłuższy czas nie wykonuję jakichś czynności.	Tak	Nie
50.	Bardzo przeżywam drastyczne sceny filmowe.	Tak	Nie
51.	Często zmieniam styl pracy, aby uniknąć znudzenia.	Tak	Nie
52.	W górach chodzę tylko bezpiecznym szlakami.	Tak	Nie
53.	Rzadko dostrzegam niewielkie usterki w wykonywaniu przedmiotów, np. plamki, pęknięcia, zarysowania.	Tak	Nie
54.	Długo przechowuję przedmioty (listy, pamiątki), z którymi wiążą się miłe przeżycia.	Tak	Nie
55.	Odgłosy dochodzące z ulicy (np. hałas pojazdów, maszyn czy głośnych rozmów) przeszkadzają mi skupić się na wykonywanych zajęciach.	Tak	Nie
56.	Zazwyczaj prędko wykonuję prace domowe (sprzątanie, porządkowanie osobistych rzeczy).	Tak	Nie
57.	Czuję tylko znaczne zmiany temperatury w pomieszczeniu.	Tak	Nie
58.	Często wraca mi do głowy jakaś uporczywa myśl.	Tak	Nie
59.	Jeśli jestem zmęczona (zmęczona), to łatwo jest mnie rozdrażnić.	Tak	Nie

60.	Gdy wchodzę do pomieszczeń, to czuję charakterystyczne zapachy, np. kosmetyków, papierosów, pasty do podłogi.	Tak	Nie
61.	Urlop przeznaczam zwykle na spokojny, mało angażujący wypoczynek.	Tak	Nie
62.	Drażnią mnie obce dźwięki, np. pisk opon, dzwonki do drzwi.	Tak	Nie
63.	Przy silnym bólu, np. głowy, zęba czy żołądka, trudno jest mi cokolwiek się zająć.	Tak	Nie
64.	Zwykle potrzebuję sporo czasu na ubranie się.	Tak	Nie
65.	Prowadzę intensywne życie towarzyskie.	Tak	Nie
66.	Trudno jest mnie urazić.	Tak	Nie
67.	Łatwo dostrzegam zapadający zmierzch.	Tak	Nie
68.	Rzadko wracam w myślach do osiągniętych sukcesów.	Tak	Nie
69.	Szybko się męczę, jeśli muszę wykonywać jakieś czynności bardzo intensywnie.	Tak	Nie
70.	Unikam podróżowania autostopem.	Tak	Nie
71.	Jeśli usłyszę niepochlebną uwagę o sobie, to ciągle o tym myślę.	Tak	Nie
72.	Bez trudu powracam do zajęć, których dawno nie wykonywałam (nie wykonywałam).	Tak	Nie
73.	Często angażuję się w zajęcia wymagające kontaktów z wieloma ludźmi.	Tak	Nie
74.	Często przechodząc obok sklepów czuję charakterystyczne zapachy, np. świeżego pieczywa, owoców.	Tak	Nie
75.	Chętnie przyjmuję na siebie kierownictwo w grupie.	Tak	Nie
76.	Zwykle udaje mi się złapać rzucone w moim kierunku przedmioty np. pudełko zapalek, klucze, piłkę.	Tak	Nie
77.	W karnawale, jeśli tylko mam taką możliwość, uczestniczę w wielu zabawach, prywatkach.	Tak	Nie
78.	Potrafię się obyć bez środków przeciwbólowych, nawet przy silnym bólu.	Tak	Nie
79.	Jeśli jestem czymś zdenerwowany (zdenerwowana), to wciąż mimowolnie wykonuję te same czynności, np. chodzę.	Tak	Nie
80.	Trudno jest sprawić mi przykrość.	Tak	Nie
81.	Mam uczucie ogólnego rozbicia po nie przespanej nocy.	Tak	Nie
82.	Poczucie, że jestem obserwowany (obserwowana) lub oceniany (oceniana) powoduje, że osiągam wyniki gorsze niż zwykle.	Tak	Nie
83.	Czuję, że potrawa nie jest osolona, dopiero gdy ktoś zwróci mi	Tak	Nie

	na to uwagę.		
84.	Po ważnej rozmowie zwykle od razu przestaję o niej myśleć.	Tak	Nie
85.	Tracę orientację, jeśli akcja filmu zbyt szybko się zmienia.	Tak	Nie
86.	Jestem bardziej nieśmiały (nieśmiała) niż większość moich znajomych.	Tak	Nie
87.	Czynności zawodowe lub domowe zwykle wykonuję wolniej niż inni.	Tak	Nie
88.	Zwykle czuję zapach kawy w pomieszczeniu.	Tak	Nie
89.	W towarzystwie zwykle biorę na siebie zapoznanie ludzi ze sobą.	Tak	Nie
90.	Potrafię zająć się pracą pomimo bólu, np. głowy czy zęba.	Tak	Nie
91.	Zwykle zdążam odsunąć nogę, zanim ktoś nadeptnie mnie w tłumie.	Tak	Nie
92.	Żeby wyraźnie słyszeć, muszę zostawić radio czy magnetofon głośniejsze niż inni.	Tak	Nie
93.	Jeśli myślę o czymś intensywnie, to często mimo woli powtarzam pewne ruchy, np. ruszam nogą, bębnię palcami.	Tak	Nie
94.	Popełniam błędy, jeśli pracuję w dużym napięciu.	Tak	Nie
95.	Potrafię pracować bez przerwy przez dłuższy czas.	Tak	Nie
96.	Długo przeżywam rozczarowania po doznanych niepowodzeniach.	Tak	Nie
97.	Trudno jest mnie rozłościć.	Tak	Nie
98.	Korzystam z każdej okazji do zmiany otoczenia, np. poprzez wyjazdy do rodziny lub znajomych, wyjazdy turystyczne.	Tak	Nie
99.	Trudno jest mi odzyskać dawną wprawę, jeśli długo nie wykonywałem (nie wykonywałam) jakiejś czynności.	Tak	Nie
100.	Rzadko biorę udział w różnych formach zajęć sportowych, wymagających rywalizacji.	Tak	Nie
101.	Potrafię się szybko odsunąć, aby uniknąć zderzenia z kimś na ulicy.	Tak	Nie
102.	Często załamuję się w ciężkich chwilach.	Tak	Nie
103.	Często wracam myślami do minionych przyjemnych zdarzeń.	Tak	Nie
104.	Przeżywam silną tremę, jeśli muszę wystąpić publicznie.	Tak	Nie
105.	Natychmiast czuję, gdy chodzi po mnie jakiś owad, np. komar czy mucha.	Tak	Nie
106.	Często przed zaśnięciem przypominam sobie rozmowy, które prowadziłem (prowadziłam) w ciągu dnia.	Tak	Nie

107.	Tracę chęć do pracy, jeśli długo nie osiągam oczekiwanych rezultatów.	Tak	Nie
108.	Potrafię intensywnie pracować po nie przespanej nocy.	Tak	Nie
109.	Potrzebuję niewiele czasu na przebranie się (np. w przymierzalni, w sklepie, w pracy, przed lekcją WF).	Tak	Nie
110.	Rzadko wracam w myślach do raz już powziętych decyzji.	Tak	Nie
111.	Często czuję zapach, dopiero gdy ktoś zwróci mi na to uwagę.	Tak	Nie
112.	Jeśli jestem niewyspany (niewyspana), to wszystko mnie drażni.	Tak	Nie
113.	Często ludzie proszą mnie, abym szedł (szła) szybciej.	Tak	Nie
114.	Bez trudu formułuję myśli w czasie egzaminu czy ważnego zebrania.	Tak	Nie
115.	Staram się nawiązać wiele nowych znajomości.	Tak	Nie
116.	Potrafię rozmawiać z kolegami czy przełożonymi bez przerywania pracy.	Tak	Nie
117.	Szybko zapominam o doznanych upokorzeniach.	Tak	Nie
118.	Prowadzę życie spokojne i pozbawione wrażeń, ale za to bezpieczne.	Tak	Nie
119.	Rzadko czuję zapach ziół czy przypraw dodanych do potraw.	Tak	Nie
120.	Potrzebuję na ogół dużo czasu na spakowanie się przed podróżą.	Tak	Nie

### III

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do siebie są one prawdziwe czy fałszywe.

1	Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, nam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
2	Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągać	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
3	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
4	Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
5	Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
6	Potrafię zachowywać spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
7	Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
8	Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
9	Niezależnie od tego, co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK
10	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram	NIE	Raczej nie	Raczej tak	TAK

#### IV

Poniżej znajduje się lista zachowań, wymienionych wcześniej. Przeczytaj każde uważnie, **ale tym razem oceń, w jakim stopniu są one stymulujące, ekscytujące, dostarczające mocnych wrażeń.**

1	Palenie papierosów	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
2	Prowadzenie samochodu po spożyciu alkoholu	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
3	Skoki ze spadochronem	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
4	Przekraczanie dozwolonej prędkości podczas jazdy samochodem	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
5	Przejażdżki kradzionym samochodem	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
6	Uprawianie sztuk walki	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
7	Picie alkoholu	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
8	Pozostawianie poza domem do późna w nocy	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące

9	Prowadzenie samochodu bez prawa jazdy	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
10	Upijanie się	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
11	Wąchanie benzyny albo kleju	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
12	Uprawienie seksu bez zabezpieczenia	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
13	Wagarowanie	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
14	Zaczepianie, drażnienie, prowokowanie innych	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
15	Brawurowa jazda na nartach lub snowboardzie	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
16	Branie narkotyków	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
17	Przejadanie się	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
18	Palenie marihuany	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące



19	Skoki na bungee	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
20	Przebywanie wśród osób uzależnionych od narkotyków	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
21	Jazda na rowerze/rolkach bez kasku	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
22	Uprawianie sportów ekstremalnych bez przygotowania	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
23	Szybka jazda pod wpływem środków odurzających	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
24	Skoki do wody „na główkę”	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
25	Wdawanie się w bójki	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
26	Przechodzenie przez ulicę na czerwonym świetle	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
27	Wspinaczka wysokogórska	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące

28	Nurkowanie	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
29	Jazda motocyklem	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
30	Balansowanie na barierce mostu	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
31	Chodzenie do solarium	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące
32	Używanie dopalaczy	w ogóle nie ekscytujące	w niewielkim stopniu ekscytujące	w umiarkowanym stopniu ekscytujące	w dość dużym stopniu ekscytujące	bardzo ekscytujące

# V

Poniżej znajduje się lista różnych form aktywności, wymienionych wcześniej. Przeczytaj każde uważnie, **ale tym razem oceń, w jakim stopniu sprzyjają one zdrowiu.**

1	Uprawianie sportu/gimnastyka	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
2	Zdrowe odżywianie/ odpowiednio zbilansowana dieta	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
3	Taniec	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
4	Wspomaganie organizmu witaminami i innymi preparatami sprzyjającymi zdrowiu	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
5	Jedzenie regularnych posiłków	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
6	Picie dużej ilości wody	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
7	Unikanie/ograniczanie węglowodanów i tłuszczów zwierzęcych	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
8	Zapewnianie sobie odpowiedniego czasu na sen	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
9	Dbłość o higienę osobistą	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu

10	Dbałość o wypoczynek i relaks	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
11	Spacery i przebywanie na świeżym powietrzu	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
12	Jedzenie owoców i warzyw	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
13	Ubieranie się stosownie do pory roku	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
14	Poddawanie się regularnym badaniom/kontrolne wizyty lekarskim	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
15	Dbanie o dobry stan psychiczny	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
16	Budowanie dobrych relacji z innymi, pielęgnowanie przyjaźni	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
17	Prowadzenie unormowanego trybu życia	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
18	Unikanie/ograniczanie słodczy, chipsów	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
19	Jedzenie jogurtów z żywymi kulturami bakterii, zwiększających odporność (np. actimel)	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu

20	Dbanie o kontakt z naturą	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
21	Częste mycie rąk	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
22	Unikanie złych emocji i stresu	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
23	Kształtowanie pozytywnego nastawienia do życia	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
24	Dbania o spokój i harmonię ciała i ducha	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu
25	Dostarczanie sobie okazji do śmiechu i pozytywnych emocji	w ogóle nie sprzyjające zdrowiu	niewiele sprzyjające zdrowiu	trochę sprzyjające zdrowiu	znacznie sprzyjające zdrowiu	bardzo sprzyjające zdrowiu

Hasło (użyte w pierwszej części badania) .....

## VI

Celem tej części badania jest ustalenie, **czym jest dla Ciebie zdrowie w sensie ogólnym**.  
Dokonaj opisu zakreślając jedną cyfrę w każdej linijce. Im bliżej jest zakreślona cyfra danego określenia, tym bardziej zdrowie ma dla Ciebie tę właściwość.

### Zdrowie

przemijające	1	2	3	4	5	6	7	trwale
dane	1	2	3	4	5	6	7	nabyte
zmienne	1	2	3	4	5	6	7	stałe
zależne ode mnie	1	2	3	4	5	6	7	niezależne ode mnie
łatwe do utracenia	1	2	3	4	5	6	7	trudne do utracenia
osiągalne	1	2	3	4	5	6	7	nieosiągalne
łatwe do zdobycia	1	2	3	4	5	6	7	trudne do zdobycia
łatwe do odzyskania	1	2	3	4	5	6	7	trudne do odzyskania
podstawowe	1	2	3	4	5	6	7	marginalne
zależne od losu	1	2	3	4	5	6	7	niezależne od losu

## VII

**Co Twoim zdaniem decyduje o szczęściu osobistym?** Poniżej podano 9 różnych symboli szczęścia. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

		A	B
1.	duży krąg przyjaciół		
2.	udane życie rodzinne		
3.	wykonywanie ulubionej pracy, zawodu		
4.	sukcesy w nauce, pracy		
5.	dobre zdrowie		
6.	bycie potrzebnym dla innych ludzi		
7.	dobre warunki materialne		
8.	życie pełne przygód, podróży		
9.	sława, popularność		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 symboli szczęścia i uporządkuj je według następującej kolejności:

5 punktów przypisz temu, co jest dla Ciebie najważniejsze;

4, 3, 2 – kolejnym, aż do najmniej ważnego – 1 punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danego symbolu w kolumnie B. Potem wykonaj podobne zadanie podane na następnej stronie.

Poniżej podano 10 różnych wartości. Przeczytaj je uważnie, zastanów się i wybierz 5 dla Ciebie najważniejszych. Swój wybór zaznacz stawiając znak X w odpowiednim miejscu w kolumnie A.

		<b>A</b>	<b>B</b>
1.	miłość, przyjaźń		
2.	dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna		
3.	poczucie humoru, dowcip		
4.	inteligencja, bystrość umysłu		
5.	wiedza, mądrość		
6.	radość, zadowolenie		
7.	odwaga, stanowczość		
8.	dobroć, delikatność		
9.	ładny wygląd zewnętrzny, prezentacja		
10.	bogactwo, majątek		

Teraz przeczytaj jeszcze raz wybrane przez siebie 5 wartości i uporządkuj je według następującej kolejności:

5 punktów przypisz tej wartości, która jest dla Ciebie najważniejsza;

4, 3, 2 – kolejnym, aż do najmniej ważnej – 1punkt.

Oceny punktowe wpisz obok danej wartości w kolumnie B.



## VIII

Co dla Ciebie oznacza „być zdrowym”? Poniżej podano stwierdzenia, które opisują różne znaczenia „bycia zdrowym”.

Instrukcja:

1. Najpierw należy uważnie przeczytać wszystkie podane stwierdzenia.

	Być zdrowym oznacza dla mnie:	A	B	C
1.	dożyć późnej starości			
2.	czuć się szczęśliwym przez większość czasu			
3.	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi			
4.	umieć rozwiązywać swoje problemy			
5.	należycie się odżywiać			
6.	dbać o wypoczynek, sen			
7.	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale			
8.	nie palić tytoniu			
9.	mieć odpowiednią wagę ciała			
10.	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa			
11.	mieć dobry nastrój			
12.	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych			
13.	potrafić pracować bez napięcia i stresu			
14.	nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność			
15.	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę			
16.	umieć przystosować się do zmian w życiu			
17.	umieć się cieszyć z życia			
18.	być odpowiedzialnym			
19.	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami			
20.	mieć sprawne wszystkie części ciała			
21.	akceptować siebie, znać swoje możliwości i barki			
22.	mieć pracę, różnorodne zainteresowania			
23.	czuć się dobrze			
24.	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza			
25.	inne – jakie?			

2. Następnie należy jeszcze raz od początku czytać kolejne stwierdzenia i zaznaczać, wstawiając znak X w odpowiedniej kratce w kolumnie oznaczonej literą A te, które Twoim zdaniem są bardzo ważne w ocenie zdrowia. Poroszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 3.
3. Spośród zaznaczonych w kolumnie A stwierdzeń należy wybrać 5 najważniejszych i zaznaczyć je X w kolumnie B. Jeżeli w kolumnie A zaznaczono mniej niż 5, to należy je uzupełnić. Proszę dokonać wyboru, a potem wrócić do punktu 4.
4. Wybrane 5 kryteriów zdrowia należy uszeregować wpisując w kolumnie C dla kryterium najważniejszego 5 punktów, dla następnych 4, 3, 2, a dla najmniej ważnego 1 punkt.

## IX

Poniżej zamieszczono stwierdzenia odnoszące się do różnych aspektów szeroko rozumianego zdrowia. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia oceń, na ile odnosi się ono do Twojego zdrowia w ostatnim czasie, a następnie zaznacz właściwą odpowiedź.

1	Mam poczucie, że mogę przenosić góry	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
2	Aktywnie wypoczywam	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
3	Od rana jestem gotowy do działania	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
4	Wysiłek fizyczny sprawia mi przyjemność	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
5	Wprowadzam w życie swoje plany	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
6	Czuję się zmęczony	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
7	Ostatnio jestem drażliwy	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
8	Jestem pełen wigoru	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
9	Mam wiele pomysłów na dalsze życie	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
10	Jestem otwarty na problemy innych ludzi	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
11	Lubię sprawiać innym radość	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
12	Czuję się przeciążony fizycznie	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
13	Chętnie poświęcam czas innym ludziom	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
14	Mam poczucie, że mogę wiele zdziałać w życiu	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
15	Bez problemu organizuję sobie dzień	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
16	Zdarza się, że odczuwam wrogość wobec innych	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
17	Potrafię wspierać innych w ich dążeniach	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
18	Czuję się spięty	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak

19	Myślę z optymizmem o przyszłości	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
20	W miarę możliwości ćwiczę i/lub uprawiam sporty	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
21	Chętnie robię coś dla innych	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
22	Sprawnie wykonuję codzienne obowiązki	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
23	Osiągam wyznaczone cele	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
24	Czuję się zestresowany	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak
25	Życie ma mi zawsze coś ciekawego do zaoferowania	Zdecydowanie nie	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak